



Universidade de Brasília-UNB
Instituto de Ciências Humanas-IH
Departamento de Serviço Social-SER

Lorennayra Capuzo da Paz

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL: UM
DESAFIO PARA O ASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE**

Brasília
2018

LORENNAYRA CAPUZO DA PAZ

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL UM
DESAFIO PARA O ASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção ao título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Janaína Lopes do Nascimento

BRASÍLIA – DF
2018

LORENNAYRA CAPUZO DA PAZ

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTOJUVENIL UM
DESAFIO PARA O ASSISTENTE SOCIAL DA SAÚDE?**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção ao título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Janaína Lopes do Nascimento

Brasília-DF, _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Janaína Lopes do Nascimento Duarte

Prof^ª. Dr^ª. Karen Santana de Almeida Vieira

Prof^ª. Marlene de Jesus Silva Santos

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus por mais um ciclo concluído em minha vida. Por não ter me desamparado em momento algum e por ter fortalecido a minha fé nessa caminhada acadêmica. Também agradeço a Ele por ter permitido que pessoas magníficas permanecessem na minha vida.

À minha digníssima mãe, Marcia Regina, minha eterna gratidão por ter me proporcionado sempre o melhor e por ser provedora dessa formação. Grande parte dessa conquista pertence a ela, por ter incentivado a dar o meu melhor, por ter me corrigido enquanto pôde e por me inspirar a ser uma mulher forte a cada dia.

Aos meus irmãos, Luiz Fellipe, Luppy Lucas que sempre foram parte de mim, que contribuíram para o meu crescimento e que sempre se alegraram com as minhas conquistas. E aos meus familiares, Ana Alves, Pedro Neris, Ana Maria, Marcos, Pedro Augusto, Mariana, Elisa e Gustavo, por ter oferecido total apoio e energias positivas na realização desse curso. Um agradecimento especial à Mariana, que me auxiliou em momentos importantes e decisivos na minha jornada acadêmica e por ser a minha inspiração profissional.

Às minhas companheiras de curso e de vida, Karoline Marques, Fernanda Borges, Sarah Silva, Kamila Borges, Alexandra Torres e Kassia Hellen, por estarem todo tempo do meu lado ao longo dessa trajetória, por todos os momentos de angústia e alegria que pudemos compartilhar umas com as outras.

Aos meus amigos Wesley Brandão, Thiago Silva, Adevaíne Júnior, Luís Amaral, Dharla Amaral, Bruno Formiga, André Oliveira, Kaique Brito e Paulo Junior, por compreenderem o meu momento e me apoiarem em tudo.

À minha orientadora, Janaína Lopes, por ser paciente, compreensiva e cautelosa comigo. Sem a sua supervisão e sua dedicação para comigo não seria possível a realização deste trabalho.

À professora Karen Viana, que me permitiu viver experiências únicas dentro da universidade e por ensinar o através de outras perspectivas. Agradeço também a professora Marlene de Jesus, que sempre apresentou ser uma profissional ética e admirável pela sua determinação, além de contribuir muitíssimo para minha formação acadêmica.

Resumo

O presente trabalho visa compreender como o profissional de serviço social, inserido no campo da saúde, contribui para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Faz-se a trajetória histórica da garantia de direitos da criança e do adolescente, tipificando os tipos de violência que sofrem e como pode ser enfrentada a partir do marco legal (ECA/90). Através da análise de políticas nacionais e distritais, buscou-se ainda, apresentar como o assistente social atua ante a esse tipo de violência e mapear as principais políticas, da saúde do DF, que enfrentam essa violência praticada contra crianças e adolescentes. O método utilizado nesta pesquisa foi o histórico dialético, com o caráter exploratório, fazendo abordagem da pesquisa qualitativa. As técnicas secundárias foram a análise documental e pesquisa bibliográfica, foi possível identificar alguns desafios para a efetivação do sistema único de saúde, e a atuação profissional do serviço social nesse campo. O trabalho também refletiu sobre a rede de proteção social para crianças e adolescentes, pois por meio da rede o atendimento à criança ou ao adolescente se amplia, trazendo uma capilaridade não somente no atendimento, mas também no enfrentamento dessa violência. A articulação de organizações permite uma abrangência maior da política de enfrentamento e as possibilidades de atuação do assistente social.

Palavras-chave: Violencia Sexual Infantojuvenil, Serviço Social, Enfrentamento.

Abstract

The present work aims to understand how the social service professional, inserted in the field of health, contributes to the confrontation of sexual violence against children and adolescents. The historical trajectory of guaranteeing the rights of children and adolescents is established, typifying the types of violence they suffer and how they can be dealt with under the legal framework (ECA / 90). Through the analysis of national and district policies, it was also sought to present how the social worker acts before this type of violence and map the main health policies of the Federal District that face this violence against children and adolescents. The method used in this research was the dialectical history, with the exploratory character, approaching the qualitative research. The secondary techniques were documentary analysis and bibliographic research, it was possible to identify some challenges for the implementation of the single health system, and the professional performance of the social service in this field. The work also reflected on the network of social protection for children and adolescents, because through the network the service to the child or adolescent is expanded, bringing a capillarity not only in the care, but also in coping with this violence. The articulation of organizations allows a broader coverage of the coping policy and the social worker's possibilities of action.

Keywords: Child Sexual Violence, Social Work, Confrontation.

LISTA DE SIGLAS

ABRAPIA- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

ABNAPI - Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância

CF- Constituição Federal

CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CRAMI- Centro Regionais de Atenção aos Maus tratos

CREAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social

DF- Distrito Federal

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEM- Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor

FUNABEM- Fundação Nacional do Bem Estar do Menor

IML- Instituto de Medicina Legal

ONU- Organização das Nações Unidas

PNEVSI- Plano Nacional de Enfrentamento a Violência Sexual Infantojuvenil

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Lista dos PAVs do Distrito Federal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE....	13
1.1 Um breve histórico da criança e do adolescente no Brasil.....	13
1.1.2 Violência Sexual contra criança e adolescente.....	15
1.2 Violência, uma expressão da questão social.....	18
1.3 Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil.....	19
CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A VIOLÊNCIA SEXUAL..	26
2.1 Serviço Social e saúde.....	26
2.2 Saúde e violência sexual.....	30
2.3 Atuação profissional frente à esse tipo de violência.....	32
2.4 Desafios do cotidiano profissional na saúde	35
CAPÍTULO 3 – REDE DE PROTEÇÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO DF.....	39
3.1 Rede de Proteção Social à Criança e ao Adolescente	39
3.2 Serviço Social e a rede de proteção	42
3.2.1 Redes de saúde	44
3.3 Políticas de enfrentamento da violência sexual contra a criança e Adolescente na saúde	46
3.4 Mapeamento das políticas públicas de saúde para o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no DF	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
BIBLIOGRAFIA	63

INTRODUÇÃO

A violência hoje é um fenômeno comum na sociedade, porém complexo de ser estudado. Mesmo possuindo vários tipos de manifestações, a violência é um fenômeno que requer um olhar especial de todas as partes da sociedade por agregar um valor danoso a alguém. Esse fenômeno se qualifica como um problema de saúde por contribuir para o processo de adoecimento da vítima, e possui também um caráter violador de direitos. Com isso, não se trata somente de um problema de saúde, mas também um problema da esfera política, social e legal.

Violência sexual é uma das formas como a violência se manifesta e é o tipo de violência que mais cresce no Brasil. De acordo com o Mapa da Violência (2012), no ano de 2011, o SUS atendeu um total de 10.425 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, e salienta que 83,9% dos atendimentos foram realizados com o público feminino. Essa violência se configura como uma das expressões da questão social, um fruto das relações sociais na sociedade capitalista, marcada por um processo político, econômico e cultural de violações de direitos. Segundo Iamamoto (2010), a Questão Social está imbricada no processo de formação e desenvolvimento da classe trabalhadora e deu seu ingresso no âmbito político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe trabalhadora por parte do empresariado e do Estado.

Como objeto de estudo deste trabalho, o recorte foi feito na esfera da violência sexual contra crianças e adolescentes, no sentido de entender como funciona a dinâmica de atendimento frente a esse tipo de violência. Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre o Assistente Social, que atua no campo da saúde, frente às situações de violência sexual contra crianças e adolescentes. Foram abordados desafios institucionais da saúde (SUS) e da própria inserção do profissional dentro deste campo, dando ênfase a Rede de Proteção Social, que também é onde o profissional está inserido e lida com esse tipo de violência.

Pretende-se com esse Trabalho de Conclusão de Curso, compreender as diversas peculiaridades da violência sexual (contra criança e adolescente) e pesquisar como o profissional do serviço social, inserido no campo da saúde, pode contribuir para o atendimento às vítimas dessa violência. Buscou-se atender e responder os objetivos específicos: mapear políticas de enfrentamento a esse tipo de violência, inseridas no campo da saúde do Distrito Federal; identificar a contribuição do Assistente Social, inserido no campo da saúde, diante do enfrentamento da violência sexual contra criança

e adolescente; e compreender a dinâmica da violência sexual contra criança e adolescente no âmbito da saúde.

Sabendo que a saúde é um dos espaços sócio-ocupacionais que mais empregam assistentes sociais, o Sistema Único de Saúde foi escolhido para delimitação deste trabalho. A motivação em estudar essa temática está na vivência e experiência adquirida na Prática de Estágio Supervisionado em Serviço Social 1 e 2, no ano de 2017, no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O contato com situações de violência sexual me trouxe questionamentos a respeito da intervenção profissional. Após a vivência do estágio e por meio de um trabalho acadêmico a respeito da temática (realizado mesmo ano), e me questioneei como funcionam meios de prevenção e enfrentamento contra esse tipo de violência.

A metodologia é o caminho percorrido pelo pesquisador para a realização da pesquisa, é o meio utilizado para se fazer a abordagem da realidade (MINAYO, 2001). O método histórico dialético foi utilizado para a realização dessa pesquisa, onde se abstrai do senso comum, fazendo uma análise da realidade percebendo suas raízes históricas e sociais e as considerando num processo de aproximações sucessivas de um determinado objeto. Esse método propõe a percepção da realidade em si, avaliando suas particularidades, mas não se olvidando da sua totalidade. Na perspectiva dialética, o fenômeno é visto a partir da sua totalidade, o que gerou o acontecimento, para compreender a forma ou o estado que se encontra (ZAGO, 2013).

Este trabalho de conclusão de curso apresenta uma pesquisa de caráter exploratório, com o objetivo de oferecer maior conhecimento a respeito da temática, tomando-a mais explícita. Com isso, fez-se o uso da abordagem de pesquisa qualitativa, que tem o foco maior nos significados e ações humanas, no caráter subjetivo do objeto (SILVEIRA e CORDOVA, 2009). Técnicas de pesquisas secundárias foram utilizadas para a realização deste trabalho, tais como: análise bibliográfica e documental de artigos, teses, pesquisas, notícias e leis. As plataformas de busca, desses dados, foram as: Scientific Electronic Library Online – SciELO; Biblioteca Virtual em Saúde Ministério da Saúde – BVSMS; Cartilhas e Documentos oficiais disponibilizados no Portal do Ministério do Desenvolvimento Social, entre outros.

No primeiro capítulo foi realizado um breve histórico da criança e do adolescente no Brasil, a respeito da legislação de proteção e conceitos sobre infância e adolescência. Também compreender a dinâmica complexa da violência, analisou-se sua historicidade, trazendo esse fenômeno para dentro da discussão da questão social, que é objeto de estudo do Serviço Social. Também foi analisado o enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente no Brasil, descrevendo suas principais políticas nacionais de enfrentamento.

O capítulo dois foi retratado o Serviço Social e a Saúde pública ante ao enfrentamento violência sexual contra crianças e adolescentes. Primeiramente foi feito um breve histórico do SUS e a inserção da profissão do Serviço Social dentro desse campo. Logo em seguida, foi trabalhada a violência sexual dentro desse campo, e como se dá a atuação profissional frente a esse fenômeno. Para finalizar o segundo capítulo, foi discutido desafios e limitações do SUS e do profissional de Serviço Social neste campo.

Por fim, no terceiro capítulo foi feito um estudo a respeito da Rede de Proteção da Criança e do Adolescente no âmbito nacional, com um enfoque maior no DF, e foram mapeadas as principais políticas de enfrentamento à violência sexual infantojuvenil no DF.

CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Violência sexual praticada contra criança e adolescente é fruto de um conjunto de relações, historicamente construídos e reproduzidos ainda hoje. Neste capítulo pretende-se trazer um breve histórico da criança e do adolescente no Brasil, dando ênfase no campo dos direitos e legislações de proteção social direcionadas esse público. Em seguida, será citado os principais conceitos e discussão acerca da violência sexual contra criança e adolescente. Ao final deste capítulo será abordado algumas políticas de enfrentamento à esse tipo de violência, dando uma introdução ao próximo capítulo onde será abordado esse enfrentamento dentro da área saúde, juntamente com o trabalho do Assistente Social.

1.1- Um breve histórico criança e do adolescente no Brasil

Quando se estuda o histórico da criança e adolescente no Brasil, identifica-se uma constante sequência de maus tratos, abandonos, brutalidade, violência, fome, abuso sexual, exploração no trabalho, privação de lazer, mortalidade precoce, fatos que geram um cenário caótico marcado por privações e dificuldades para a criança e o adolescente.

Essa privação, de acordo com Souza Neto (1993) se refere aos direitos sociais da infância e adolescência, como por exemplo: não havia políticas sociais bem estabelecidas que pudessem cessar a porta da cultura de genocídio, que segundo o autor, sempre esteve presente na história brasileira de criança e adolescente. Para ilustrar o início dessa falta de política, voltada para esse público, o autor deu o exemplo do Brasil colonial, quando milhares de crianças indígenas eram assassinadas, no momento em que os portugueses invadiam as tribos para tentar “domesticar” os índios. O que ele pretende enfatizar é que as crianças sempre foram sujeitas à cultura dominante, como seres destituídos de vontades e desejos.

A primeira lei que procurou defender os direitos das crianças e adolescentes, no Brasil, foi a Lei do Ventre Livre¹, 28 de setembro de 1871. Souza Neto (1993) afirma que ela não surgiu para assegurar todos os direitos da criança e do adolescente, mas iniciava um processo de debate acerca dos direitos básicos dos mesmos. No texto dessa

¹ Lei nº 2040, de 28 de setembro de 1871, decretada pela Princesa Imperial Regente, em nome de Sua Majestade, o Imperador e Sr. Dom Pedro II. Declara de condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data desta lei, libertos os escravos da Nação e outros, e providencia sobre a criação e tratamento daqueles filhos menores e sobre a libertação de escravos.

lei estava a obrigação direcionada aos senhores, para que criassem e cuidassem das crianças até 8 anos completos, recebendo do Estado um valor monetário ou empregando essas crianças até os 21 anos gratuitamente. Sem dúvida, essa lei trouxe mais danos do que benefícios, pois fazia da criança a partir dos 8 anos um trabalhador sem direitos. Sabendo que o Brasil foi um dos últimos países a abolir a escravidão, foi também retardatário na criação de políticas públicas de proteção a todos os segmentos da sociedade, inclusive da criança e do adolescente.

A Lei do Ventre Livre trouxe muitos agravos negativos, que resultou em muitas crianças que preferiram viver na rua ao invés de escravizados onde moravam, e também pais que tinham filhos de gravidez indesejada, com essa nova legislação de cuidados até certa idade, levou esses a abandonarem seus filhos na rua. Contudo, o Estado se viu em um problema social, onde muitas crianças dadas como abandonadas, e largadas em praças públicas, terrenos baldios e nas portas de igreja. Souza Neto (1993) diz que o número de crianças era alto e que o orçamento público só conseguia fazer uma assistência precária. A saída, então, para esse problema foi a criação da “Roda dos Expostos”², em 1950, após décadas de insalubridade na infância.

Deparando-se com um novo contexto social, de acordo com Marcílio (2016), a partir de meados da década de 50 houve uma substituição da ação caritativa. As ações de caridade “confrontada com uma nova realidade econômica e social foi absorvendo objetivos e táticas de filantropia, como a prevenção de desordens” (MARCÍLIO, 2016). Com isso as pequenas rodas de expostos foram desaparecendo e a filantropia fundamentada na ciência surgia para substituir o modelo de caridade que havia na época.

Na tentativa de organizar a assistência dentro desse novo contexto social, político, econômico, no início do século XX, novas associações filantrópicas foram criadas. Ainda de acordo com a autora, as principais instituições, associações criadas por grandes ações dentro do Estado, foram: a Liga das Senhoras Católicas; e a Rothary Club. Na época o que predominava era a assistência filantrópica particular e pública. Já na década de 60, houve uma mudança no modelo de assistência à infância abandonada.

Só a partir dos anos de 1960, houve profunda mudança de modelo e de orientação na assistência à infância abandonada. Começava a fase do *Estado do Bem-Estar*, com a criação da FUNABEM (1964), em seguida da instalação, em vários estados, da FEBEMs. Com a constituição Cidadã de 1988, inseriam-se em nossa sociedade os

² Sistema inventado na Europa medieval, sendo um meio que garantia o anonimato do expositor e assim estimulá-lo a levar o bebê que não desejava para a roda, em lugar de abandoná-lo nas ruas. Na época era o único instrumento, a única instituição de assistência à criança abandonada em todo o Brasil (Marcílio, 2016)

Direitos Internacionais da Criança, proclamados pelos ONU nos anos de 1950. (Marcílio, 2016, p.76)

Diante disso, no que se refere aos direitos da criança e do adolescente significou um avanço, ganhando lugar para debates e construção de novas ferramentas para auxílio e garantia de direitos. Como resultado dos debates oriundos de toda essa trajetória e construção, e também da Constituição Federal – CF de 88, no ano de 1990, no Brasil, um marco legal baseado na proteção integral do texto constitucional, foi promulgado: o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Marcílio (2016) diz que isso faz com o que Estado assuma a responsabilidade sobre a assistência à infância e à adolescência, tornando-os sujeitos de direitos pela primeira vez na história brasileira.

1.1.2 - A violência sexual contra criança e adolescente

Pensar em violência remete-nos a pensar em múltiplas expressões que essa mesma possui. Nas discussões sobre violência sexual contra criança e adolescente, utiliza-se o conceito sociojurídico³ que por sua vez não pode ser entendido isoladamente, fora do seu contexto de afirmação dos direitos de criança e adolescente. Antes de entrar no próprio conceito de violência sexual, vejamos diferentes tipos de manifestações que a violência possui.

De acordo com Faleiros (2000), para compreender o fenômeno, é necessário dividir a violência em três modalidades: física, psicológica e sexual. Não significa que uma expressão da violência exclua a outra em situações concretas de violência, mas sim identificar a diversidade que esse fenômeno possui num mesmo contexto. Por exemplo, a violência física é também uma violência psicológica; a violência sexual é uma violência física e psicológica. Com isso, temos alguns conceitos centrais sobre essas modalidades da violência:

1. Violência física – Uso da força física de forma intencional, não acidental, por um agente agressor adulto (ou mais velho que a criança ou o adolescente). Geralmente, esses agentes são os próprios pais ou responsáveis, que muitas vezes machucam a

³ “A violência sexual contra crianças e adolescentes é o envolvimento destes em atividades sexuais com um adulto, ou com qualquer pessoa um pouco mais velha, nas quais haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder e a criança seja usada como objeto sexual para gratificação das necessidades ou dos desejos do outro, sendo ela incapaz de dar um consentimento consciente por causa do desequilíbrio no poder ou de qualquer incapacidade mental ou física.” (Vara da Infância e da Juventude do Distrito Federal, 2010)

criança ou adolescente sem a intenção de fazê-lo. A violência física pode deixar marcas evidentes e, em casos extremos, até causar a morte (PAIVA, 2012).

2. Violência Psicológica – Conjunto de atitudes, palavras e ações para envergonhar, censurar e pressionar a criança de modo permanente. Ela ocorre quando xingamos, rejeitamos, isolamos, aterrorizamos, exigimos demais das crianças e dos adolescentes, ou, mesmo, os utilizamos para atender a necessidade dos adultos (PAIVA, 2012).
3. Violência Sexual – É uma violação dos direitos sexuais, porque abusa do corpo e da sexualidade, seja pela força ou outra forma de coerção, ao envolver crianças e adolescentes em atividades sexuais impróprias para a sua idade cronológica, ou para seu desenvolvimento psicosssexual. Trata-se de toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga a outra à realização de práticas sexuais, por meio da força física, da influência psicológica (intimidação, aliciamento, sedução) ou uso de arma ou droga. (PAIVA, 2012).

Tinha-se a ideia de que a violência física apresenta uma íntima relação com a ideia de correção mediante castigos, e com isso era dado como comportamento aceitável às punições dadas dos pais aos filhos. Mas de acordo com Azambuja (2011) as punições corporais passaram a ser encaradas não mais como um fator comum, mas como uma resposta inadequada do adulto a comportamentos normais e previsíveis da criança. Para Faleiros (2000) a violência é entendida como um abuso, pois não se pode entender violência como resultante de forças da natureza humana.

Para Chauí (1985), a violência não é uma violação de normas, regras e leis, mas sim a conversão de uma diferença numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, exploração e opressão, que se efetiva na passividade e no silêncio. Está ligada a ideia de poder, onde de um lado há quem domina (dominador) e do outro lado há o sujeito dominado (o violentado), assim estabelecendo uma relação de forças em que um polo se caracteriza pela dominação, e o outro polo pela coisificação⁴.

Entretanto, nem a violência nem o poder são fatores naturais, inerentes ao ser humano. Nessa lógica, Araújo (2002) argumenta que a violência é uma violação do direito de liberdade, do direito de ser sujeito da própria história, ou seja, a liberdade é uma capacidade e um direito fundamental do ser humano. Assim toda e qualquer forma

⁴ “Uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (GUERRA, 2008, p.32)

de opressão, de maus-tratos e de agressão, tanto no plano físico como no emocional, que contribuem para o sofrimento de uma pessoa, seria caracterizado de violência.

Para fins deste trabalho, daremos mais ênfase na violência sexual e em suas especificidades. Depois de analisar alguns conceitos, pôde-se definir que essa violência, além de uma violação dos direitos sexuais da criança e do adolescente, é um abuso sexual. A violência sexual é uma violação dos direitos fundamentais, de acordo com Leal (2001), a violência se define como uma violação, pois:

O conceito sobre violência sexual requer análise de categorias objetivamente histórica, normativa e ética. Assim, violência sexual se define como violação de direitos provocados no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente (LEAL, 2001, p.12)

De acordo com a autora, é entendida como violação de direitos humanos da criança e do adolescente porque a violência sexual fere a integridade da vítima, principalmente quando se tratam de crianças e adolescentes, que de acordo com seu respectivo estágio de desenvolvimento físico, emocional e sexual, não estão preparadas para uma relação sexual.

A violência sexual contra crianças e adolescentes sempre se manifestaram em todas as classes sociais de forma articulada ao nível de desenvolvimento civilizatório da sociedade, relacionando-se com a concepção de sexualidade humana, compreensão sobre as relações de gênero, posição da criança e o papel das famílias no interior das estruturas sociais e familiares. Por isso devemos entendê-la “em seu contexto histórico, econômico, cultural e ético”. (FALEIROS, 2000, p. 17).

Pinho (2014) caracteriza abuso sexual como a utilização do corpo de uma criança ou adolescente para a prática de qualquer ato de natureza sexual e não há a intenção de lucro. A autora ainda complementa alegando que há dois tipos de abuso sexual: o intrafamiliar (quando envolve adulto com algum grau de parentesco com a criança ou adolescente vitimização) e o extrafamiliar (quando não há vínculo de parentesco do agressor com a criança ou adolescente).

Além de abuso a violência sexual também pode ser definida como exploração sexual. O que difere o abuso sexual da exploração sexual é a intenção de lucro. A exploração sexual é uma violência sexual, pois é a utilização de crianças e adolescentes com a intenção de lucro, seja financeiro ou de qualquer outra espécie (PINHO, 2014).

1.2 - Violência como uma expressão da Questão Social

De acordo com Iamamoto (2010) a questão social é conceituada como o conjunto das expressões da desigualdade social e da sociedade capitalista, onde a produção social é mais coletiva e o trabalho se torna amplamente mais social, contudo o

produto desse trabalho torna-se privado, sendo propriedade de uma pequena parcela da sociedade.

Ianni (1991) entende a questão social como um sinônimo de luta contra os antagonismos e as desigualdades sociais, entende como um produto da relação capital-trabalho. O autor (1991) aponta que a questão social no Brasil é produto da sociedade mercado, inerente à ordem social burguesa. Nessa linha de pensamento, a questão social recebeu muitas denominações como, por exemplo: desemprego, subemprego, pauperismo, marginalidade, periferia, pobreza, miséria, menor abandonado, mortalidade infantil, desamparo, ignorância, analfabetismo, agitação, baderna, violência, caos, subversão. Isso remete a variedade de interpretações que ela possui, mas na verdade, como pontua o autor, trata-se de expressões da mesma questão social.

As expressões da questão social têm amplas, complexas e contraditórias dimensões e carregam consigo um histórico de conflitos bem estruturados e, portanto, precisam ser compreendidos dentro das suas especificidades. Iamamoto (2010, p.287) diz que:

As desigualdades sociais condensadas na pobreza afetam as condições materiais e subjetivas de vida, os vínculos sociais, as formas de pertencimento, a moralidade e dignidade dos sujeitos que passam a enfrentar a violência social, da qual aquelas desigualdades são portadoras.

É visto que as múltiplas expressões da questão social têm relação direta com o aumento das questões familiares na reprodução da vida social, associadas ao processo acelerado do desenvolvimento do capitalismo. Dessa forma as famílias pobres, ao longo do tempo, perde o papel de proteção por serem as maiores vítimas das mazelas provocadas pela desigualdade social.

Com isso, para compreender a questão social é necessário uma breve análise-histórica de seu surgimento, levando em conta que ela possui inúmeras manifestações, através da sociedade, das relações sociais, das relações de trabalho e que ela continua se perpetuando por meio de culturas. Uma de suas manifestações, e a que daremos ênfase nesse trabalho, é a violência sexual. A violência em si, é um fenômeno que possui uma complexidade dinâmica e emerge da vida em sociedade. (FILHO, 2001)

Minayo & Souza (1999) consideram violência uma faceta da questão social, e colocam ela como um objeto próprio da sociedade⁵. Mas ainda de acordo com as autoras, há dois motivos que tornam a violência um objeto de outro campo de estudo: a saúde. Primeiramente “dentro do conceito ampliado de saúde tudo o que significa

⁵ Em sua obra, as autoras debatem violência em sua gênese, caracterizando como um problema fruto da sociedade, sendo um objeto dela e não propriamente da saúde (MINAYO & SOUZA, 1999)

agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública” (MINAYO & SOUZA, 1999, p.11). O segundo motivo que as autoras apresentam é que a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e frequentemente produz a morte. Anteriormente profissionais de saúde não possuíam capacitação e formação que proporcionava o reconhecimento da violência cometida. A partir da década de 1980 a temática sobre violência passou a ser um problema de saúde pública. (MINAYO & SOUZA, 1999).

Violência contra criança e adolescente, então, é fruto de um conjunto de relações sociais nas sociedades capitalistas, que estão inseridas em um cenário mundial, marcado pelo processo social, econômico e político, expressando e reproduzindo desigualdades através do poder. Portanto, expressando-se como manifestação imediata da chamada questão social.

É notório um grande atraso do debate da violência dentro da saúde, principalmente se tratando da violência sexual contra crianças e adolescentes. O debate é existente, porém ainda se encontra em expansão. A partir de 1990, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, teve-se um olhar diferenciado para a questão da violência sexual contra criança e adolescente, quando se coloca obrigatório, para profissionais de saúde, a notificação da violência contra essas vítimas. A criação do ECA trouxe consigo, uma valorização da criança e do adolescente, quando estes, como cidadãos em desenvolvimento possuem direitos à vida digna.

1.3 - Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil

O Artigo 16, do Estatuto da Criança e do Adolescente, diz: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais” (ECA, 1990).

Entendendo como direito da criança e do adolescente a inviolabilidade da integridade física, vê-se uma frente de enfrentamento a ser construída. Como expressão da questão social, a barreira de tabus e preconceitos a respeito dessa violência, ainda é um desafio, mas mesmo ante a isso a caminhada para o seu enfrentamento no Brasil já teve conquistas significativas. Grandes mobilizações de alguns setores da sociedade e movimentos internacionais contribuíram para a criação de novos paradigmas de proteção para a criança e o adolescente, como o ECA no ano de 1990. Mesmo muito

recente e com muitas barreiras a serem quebradas, aos poucos o Brasil está adotando medidas favoráveis à defesa da causa da infância e da adolescência, que auxiliam no combate a violência sexual.

No Brasil, o processo que se deu antes da Constituição de 1988, foi fundamental para a mudança de paradigmas na área da garantia de direitos de crianças e adolescentes, trazendo princípios da proteção integral com prioridade. No Artigo 227, da CF, parágrafo 4º: “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”. (BRASIL, 1988, art. 227)

Evidentemente, a partir dessa cláusula constitucional, o enfrentamento da violência sexual praticado contra criança e adolescente é de suma importância. De acordo com o breve histórico, já tratado no primeiro item deste capítulo, nota-se que o contexto de mobilizações e a vulnerabilidade desse público provocou essa ação formal do Estado brasileiro, voltado para essa violência que era encoberta, pouco debatida e assumida pelas políticas públicas.

De acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2013) o ECA foi um marco legal que trouxe consigo um sistema de justiça, segurança específico para crianças e adolescentes, com a criação de Juizados de Infância e Juventude, Núcleos de Especializados no Ministério Público e Defensoria, delegacias especializadas, e etc.

Em 2000, o enfrentamento à essa violência, teve avanço significativo com a aprovação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento, temáticas que resultaram o surgimento do *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil*, aprovado pelo Conanda⁶. O Plano foi referência para o monitoramento de políticas públicas na perspectiva de formulação de ações voltadas para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil.

De acordo com a UNICEF (2005), em 2002 surgiu o Comitê Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra a Criança e o Adolescente, num contexto de reflexão crítica das bases jurídicas pragmáticas, reflexão sobre crianças de espaços democráticos e políticas públicas para crianças e adolescentes. O Comitê, em suma:

é uma instância democrática de mobilização e articulação permanente, composta de representantes dos setores organizados da sociedade civil, do poder público e de organizações internacionais que atuam na área da infância e da adolescência. (UNICEF, 2005, p.63)

⁶ Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, criado em 1991 pela Lei nº 8.242, Conanda foi “previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como o principal órgão do sistema de garantia de direitos. Por meio da gestão compartilhada, governo e sociedade civil definem, no âmbito do Conselho, as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes.” Fonte: Portal dos Direitos da Criança e do Adolescente

Em 2003, no intuito de criar novas políticas públicas para a erradicação do abuso e da exploração sexual comercial de meninos e meninas, o governo federal criou uma Comissão Intersetorial para Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes que é coordenado pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, é formado pelos três poderes do governo (Legislativo, Executivo e Judiciário), pelo Ministério Público e organizações nacionais e internacionais.

A principal política pública voltada para o enfrentamento da violência sexual infantojuvenil é o Plano Nacional, já citado aqui neste trabalho. Esse Plano possui um quadro operacional estruturado em torno de seis eixos temáticos: 1) Análise de Situação – conhecer o fenômeno da violência sexual contra crianças e adolescentes por meio de diagnósticos, levantamento de dados, pesquisas; 2) Mobilização e Articulação – Fortalecer as articulações locais de combate e pela eliminação da violência sexual; envolve redes, fóruns, comissões, conselhos, etc.; 3) Defesa e Responsabilização – Atualizar a legislação sobre crimes sexuais, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e responsabilizar qualificados; 4) Atendimento – Garantir o atendimento especializado, e em rede, às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual a às suas famílias, realizado por profissionais especializados e capacitados.; 5) Prevenção – assegurar ações preventivas contra a violência sexual. Ações de educação, sensibilização e autodefesa.; 6) Protagonismo Infantojuvenil – Promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e na execução de políticas de proteção de seus direitos (BRASIL, 2006).

O eixo 4 que se refere ao “atendimento especializado e em rede”, tem relação com metas que dizem respeito a saúde, tais como: a) criar e articular uma rede de serviços destinada ao atendimento de pessoas em situação de violência sexual; b) prover atendimento multiprofissional especializados para as crianças e adolescentes sexualmente vitimizados; c) priorizar a inserção dessas vítimas e familiares em programas de saúde; d) criar programas de intervenção; e) desenvolver programas de formação locais ou em consórcio municipais para profissionais e agentes que atuam em programas e instituições de atendimento a situações de violência sexual (BRASIL, 2001).

Para cada eixo estabelecido há um conjunto de indicadores de avaliação. No eixo “atendimento”, que está relacionado ao campo da saúde e com um dos objetivos deste trabalho, os indicadores iniciais de efetividade seriam a “implementação de programas

de acompanhamento para as crianças e adolescentes” (BRASIL, 2001, p. 42), a “implementação de serviços de assistência psicossocial às crianças e adolescentes e suas famílias” (BRASIL 2001, p. 42) e “aumento do acesso ao atendimento de crianças e adolescentes nos serviços de saúde sexual gratuito” (BRASIL, 2001, p.43).

A partir dessas metas estabelecidas, uma das primeiras iniciativas do governo federal para efetivação dessas metas, foi a criação do Programa Sentinela. Este tinha o papel de organizador das demandas e o foco voltado para o atendimento psicossocial (PAIXÃO e DESLANDES, 2010). A implementação desse programa teve início em 2002, cabendo a Secretaria de Estado de Assistência Social, do Ministério da Previdência Social, a responsabilidade de implementar e fiscalizar o programa. Os objetivos gerais desse programa consistem em: a) atender, através de um conjunto articulado de ações, crianças e adolescentes vitimados pela violência, enfatizando o abuso e exploração sexual; b) criar condições que possibilitem o resgate e a garantia dos direitos de crianças e adolescentes vitimadas de violência, como o acesso aos serviços de assistência social, saúde, educação, justiça e segurança, esporte, lazer e cultura; tendo em vista o compromisso ético, político e a multidisciplinaridade das ações (BRASIL, 2001).

A partir desse breve estudo sobre o Plano Nacional, de acordo com Paixão e Deslandes (2010), é possível identificar pontos que são passíveis de discussões e questionamentos. Um dos pontos é o fato do Plano Nacional (fazendo parte de políticas públicas do Estado) se operacionalizar por meio de planos estaduais e municipais de enfrentamento da violência. De acordo com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Presidência da República, 2004), na implementação do Plano, 13 estados ainda não possuíam nenhuma elaboração nesse sentido. Outro questionamento, que os autores (2010) propõem é de como se dá o “atendimento integral” às vítimas de violência sexual tendo municípios desprovidos de rede assistencial adequada.

O Programa Sentinela foi um dos primeiros acontecimentos oriundo do Plano Nacional e refletiu o engajamento do governo federal no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. Sua implantação ocasionou maior visibilidade para a questão do abuso e exploração sexual infantojuvenil, e potencializou a focalização das ações, a sensibilização e mobilização dos setores governamentais e da sociedade civil. E com isso, foi considerado pela Unicef como uma ação exemplar a ser adotada pelos demais países das Américas (BRASIL, 2002).

Uma avaliação realizada pelo TCU, em 2004, o Programa Sentinela apresentou grande dificuldade de articulação entre os diversos órgãos de atendimento, por desconhecimento da rede e da falta de opções para realização de encaminhamentos das vítimas. Dessa forma, não havia prioridade para o atendimento de abuso sexual e exploração sexual e por sua vez, os profissionais não encaminhavam ou trocavam informações sobre as vítimas de abuso ou exploração sexual com os centros de referência (que eram os principais órgãos de efetivação do Programa) (TCU, 2004)

Em relação ao atendimento multiprofissional, o TCU (2004) verificou que as atuações dos profissionais nos centros de referência são especializadas, multiprofissionais e direcionada para situações de risco, e que mesmo o Programa possuindo limitações tem contribuído para o fortalecimento emocional e social das vítimas. Entretanto, em cada município ou em cada órgão, há um tipo específico de atendimento especializado, o que caracteriza uma falta de uniformidade das ações profissionais, uma falta de sistematização dos procedimentos que evidencia uma carência de monitoramento e supervisão técnica dos governos federais, estaduais e federal.

Tendo em vista a complexidade do fenômeno da violência, o Programa Sentinela passou por modificações, orientado pelo ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome, em 2008, em normas, técnicas e inclusive em sua nomenclatura, passando a se chamar de Serviço de enfrentamento a violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes. Esse serviço passou a ser oferecido no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, seguindo uma nova legislação que abrange mais especificidades da violência sexual. O CREAS foi criado pelo ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome, em 2005, sendo aprovado pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais somente em 2009. (SANTI, 2013)

Um ponto a ser destacado do Plano Nacional, é a meta que consiste em inserir crianças e adolescentes em situação de violência sexual nos programas de saúde. Sabemos que para tornar essa meta efetiva é necessária uma rede articulada, onde os trâmites dos encaminhamentos sejam bem orientados. De acordo com Amaro et al. (2008) muitos hospitais e postos de saúde, não dispõem de estrutura física e equipes em número suficientes para atender as demandas que permeiam essa temática. E na maioria dos casos os profissionais de saúde não estão adequadamente habilitados para um atendimento diferenciado.

Como um instrumento de potencialidade dentro do enfrentamento à violência sexual infantojuvenil, possuindo eixos importantes e abrangentes, o PNEVSCA deixa a desejar quando se vê por uma perspectiva da rede de saúde.

Apesar de extremamente abrangente, o Plano Nacional não aponta formas de ajuizar sobre o atendimento aos autores da violência sexual, sobre a priorização das vítimas e familiares nos programas de saúde e tampouco sobre os programas de formação para os profissionais e agentes que lidam com este agravo. Entendemos que para uma melhor avaliação do cumprimento das propostas preestabelecidas faz-se necessária uma maior identificação qualitativa e quantitativa dos instrumentos disponíveis para sua mensuração, assim como uma maior especificação metodológica para sua construção. (PAIXÃO e DESLANDES, 2010, p. 120)

A falta de cobertura de atendimento dos autores da violência sexual também é um fator que chama a atenção. Pensar no enfrentamento à esse tipo de violência requer um olhar mais abrangente onde todos os autores devem ser atendidos e a partir daí iniciar um trabalho em conjunto para a erradicação da violência sexual. Mesmo sendo um Plano Nacional, ainda se identifica uma ausência de qualificação e atenção, no que se refere ao enfrentamento dessa violência no campo da saúde (PAIXÃO e DESLANDES, 2010). Há de se notar também que os eixos norteadores do Plano Nacional é pulverizado quando se tratando do autores da violência, que geralmente são atendidos pelo sistema de segurança pública. Ainda com um avanço significativo das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da violência, algumas falhas minimizam a sua efetividade em relação ao atendimento especializado (que é um de seus eixos temáticos).

No próximo capítulo, serão bordados os eixos temáticos da saúde e articulação com o sistema de enfrentamento, dando ênfase na atuação do profissional do Serviço Social, e contribuição no enfrentamento dessa violência.

CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A VIOLÊNCIA SEXUAL

A inserção do Serviço Social na saúde, ainda é um acontecimento muito recente, mas que carrega um avanço histórico significativo, cheio de rupturas e avanços dentro deste campo. Neste capítulo será feita uma análise breve da historicidade da inserção do Assistente Social na saúde e como se dá sua atuação ante a uma situação de violência sexual contra criança e adolescente. Também será abordada a questão da violência, como problema de saúde e quando foi inserida dentro da agenda pública. Ao fim retomaremos a discussão do Assistente Social no campo da saúde, apontando desafios do cotidiano profissional.

2.1- Serviço Social e Saúde no Brasil: um breve histórico da saúde e a inserção do Assistente Social

No século XVIII a assistência médica era norteadas por ações filantrópicas e práticas liberais. Novas iniciativas no campo da saúde começam a surgir a partir do século XIX, resultado da mudança no cenário econômico e político no país. Iniciativas como programas e campanhas de vigilância do exercício profissional, tomaram grande proporção na época e no final do século, o movimento operário passou a reivindicar a questão da saúde como um direito (BRAVO, 2006). No século XX a saúde se expressa como questão social, no Brasil, na emergência do trabalho assalariado, no centro da economia capitalista exportadora cafeeira, que refletia o desenvolvimento da divisão do trabalho (BRAGA e PAULA, 1986). A saúde passa a ser inserida nos debates da sociedade, já que era vista a partir de então como um direito.

Em 1923, de acordo com Bravo (2006), a saúde pública, que se encontrava em debate após as reivindicações do movimento operário, se insere em uma nova fase. A Reforma Carlos Chagas, de 1923, foi resultante desse movimento, e como estratégia da União, de descentralizar a saúde do país, visava uma extensão de serviços do campo da saúde para ampliação do seu atendimento e facilitar a acessibilidade.

A política de saúde que prevalecia nesse período, de ditadura militar no Brasil, era dividida em dois subsetores: o de saúde pública (predominou até a década de 60, visava condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, e restritamente, para as populações do campo); e o de medicina previdenciária (sobrepunhou o subsetor da saúde pública a partir de 1966) (BRAVO, 2006).

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla (BRAVO, 2006, p. 92)

A medicina previdenciária, então, não estava preocupada em ampliar o serviço oferecido, pois ampliando o serviço aumentariam os gastos. Então, na tentativa de atender a demanda da população, ampliaram o atendimento, porém não ampliaram o serviço.

A Política Nacional de Saúde, criada na década de 30, foi consolidada no período de 1945-1950. Bravo (2006, p.92) afirma: “a legislação desse período procurou demarcar a diferença entre “previdência” e “assistência social”. Foi no cenário da 2ª guerra mundial, em articulação com o governo americano, que o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado. A situação da saúde da população, no período de 1945 a 1964, teve melhorias nas condições sanitárias, entretanto a condição da saúde não eliminou o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, não conteve as altas taxas de mortalidade e morbidade infantil, e nem a mortalidade geral, embora os investimentos nesse setor tenham sido favoráveis nesse período (BRAVO, 2006).

Em forma de crítica à concepção de saúde, vigente na época (que se restringia à dimensão biológica e individual), profissionais de saúde, estudantes e movimentos sociais iniciam um movimento de democratização da saúde, e criam condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira, em 1960 (VASCONCELOS, 2009).

A categoria de profissionais de Serviço Social, na década de 60, iniciou um movimento de reconceituação, da profissão, buscando uma ruptura com as práticas tradicionais. O movimento resultou na definição de uma nova direção política e ideológica da profissão, visando um compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora e tendo em vista a construção de uma nova ordem societária. Essas novas resoluções, a cerca do Serviço Social, foi incorporada no Código de Ética de 1993 (NOGUEIRA e SARRETA, 2015).

Na mesma época, em que o Serviço Social se encontrava em um processo de renovação e amadurecimento teórico, a conjuntura onde o Brasil se encontrava era de grande efervescência política, pelo fim da ditadura militar e, simultaneamente, a redemocratização do país. Foi neste período e nessa conjuntura que o movimento da Reforma Sanitária se fortaleceu na luta pela universalização do acesso à saúde,

entendendo que este era direito de todos e um dever do estado (NOGUEIRA e SARRETA, 2015).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi um importante marco na história da saúde pública. Sendo um espaço para debate e construção da saúde, foi uma conferência que obteve resultados satisfatórios, onde a questão da saúde ultrapassa a análise setorial e propõe não somente um Sistema Único, mas sim uma Reforma Sanitária. A Constituição Federal, promulgada em 88, trazia consigo um novo modelo de saúde, o SUS, que incorporava várias pautas da reforma sanitária (AGUIAR, 2011). No auge da Reforma Sanitária, o Serviço Social estava em um processo de manutenção da profissão e amadurecimento visando o rompimento com o conservadorismo. Neste momento o Serviço Social focava em novos rumores para a profissão, enquanto o movimento sanitarista reivindicava um novo modelo de saúde.

De acordo com Bravo e Matos (2009), na mesma época o Serviço Social recebia influência da conjuntura de lutas políticas, mas a preocupação no momento era com os rumores que a profissão iria tomar, com isso não foi identificada uma participação direta no movimento pela reforma sanitária na saúde do Brasil.

O SUS, juntamente promulgado com a CF/88, como novo modelo de saúde, trazia consigo princípios da universalidade, equidade e integralidade. Estes princípios propõem um atendimento destinado a todos sem distinção e enxergando o indivíduo na sua totalidade. (SOUTO, 2008)

A Reforma Sanitária está consonância com o projeto ético-político do profissional do Serviço Social. Este presa pela autonomia dos usuários de saúde, por uma participação democrática, direito ao acesso à informação entre outras demandas. (BRAVO e MATOS, 2004). Sob a perspectiva de um modelo médico hegemônico era pautada a atuação dos assistentes sociais, que só foi transformada após a construção de um novo modelo de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS, resultante da Reforma Sanitária (MIOTO e NOGUEIRA, 2009).

Através do SUS vem sendo efetivada a política de Saúde, descrita no texto Constitucional:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (CF, 1988)

A base teórica do Serviço Social, está ligada à Teoria Social Crítica, que defende o projeto societário transformador, uma sociedade livre de todas as formas de opressões (NETTO, 1999). Os Assistentes Sociais também possuem um projeto profissional que

luta por uma nova ordem social sem dominação de classe, gênero e etnia. Em seu espaço sócio-ocupacional (público ou privado) a profissão interfere nas relações sociais cotidianas no atendimento das expressões da questão social (IAMAMMOTO, 2004).

Levantar o debate sobre a importância do enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente é fundamental para o Assistente Social, já que para esse profissional no campo da saúde, se compromete intervir nas diferentes expressões da questão social que estão presentes neste campo. Capacitar e incentivar a mobilização e organização dos usuários do sistema de saúde é o papel desse profissional, já que seu projetivo ético-político está intrinsecamente ligado ao projeto da Reforma Sanitária (VASCONCELOS, 2001).

O SUS foi um grande avanço na saúde pública brasileira, mas sua criação coincidiu com o momento de entrada da política neoliberal, que vai contra os princípios do SUS. Logo após sua criação foram criadas ementas constitucionais que tinham o objetivo de retirar a Universalidade como princípio do Sistema Único de Saúde, por causa do embate entre os dois modelos de saúde: saúde pública x saúde privada, o que deixa nítido a luta desde a sua criação como após sua criação (OLIVEIRA *et. al.*, 2011).

A intervenção do Serviço Social na saúde se constitui por meio da interação com diversos sujeitos sociais e apresenta um mecanismo normativo que respalda de forma jurídica as práticas desenvolvidas. Entre este aparato considera-se a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Código de Ética do Serviço Social de 1993 e os Parâmetros de atuação do Assistente Social na política de saúde (CFESS, 2010). O SUS demanda do Assistente Social um trabalho pautado na autonomia do usuário, na democratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, no estímulo à participação popular, no acesso às informações, e é exigida do profissional a formulação de estratégias para criar mecanismos para o exercício do direito à saúde (CFESS, 2010).

2.2 - Saúde e violência sexual

Na década de 70, no Brasil, a taxa de mortalidade por causas externas era elevada, e era determinada principalmente com o crescimento constante do fenômeno violência. De acordo com o Ministério da Saúde, as violências e os acidentes juntos, representavam a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira

(BRASIL, 2001). A partir disso a violência foi ganhando espaço, pouco a pouco, na agenda dos debates da saúde pública em meados de 70.

A inclusão da violência na agenda pública, no Brasil, coincide com o fim da ditadura militar. Grandes movimentos sociais que possuíam poder de influenciar o debate nacional foram fundamentais para tornar a violência social uma questão pública. (MINAYO, 2006)

Na área da saúde, no país, a consideração do tema violência vem se fazendo de forma fragmentada e progressiva. Primeiramente, pediatras epidemiologistas e psiquiatras trouxeram o problema ao debate, embora as enfermeiras, assistentes sociais e demais profissionais do campo da assistência tivessem consciência dele. (MINAYO, 2006, p. 1262)

Dentro da saúde, a questão da violência tem um histórico um pouco precário, quanto a sua inserção. Para ser incluído dentro da esfera da saúde, na década de 80, grandes estudos e pesquisas sobre a temática da violência foram realizados para que houvesse uma maior base de dados científicos na área sobre o tema, e com isso formular uma atuação profissional voltada para a temática.

Os primeiros trabalhos realizados para atender essa demanda foram de iniciativa dos pediatras, com atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais onde trabalhavam, e por meio de Organizações não-governamentais, o trabalho realizado ultrapassava os marcos tradicionais do setor saúde. As atividades que marcaram o início de políticas de enfrentamento voltadas para a área da violência sexual contra criança e adolescente, nos anos 80, foram: o Crami (Centros Regionais de Atenção aos Maus Tratos na Infância), em São Paulo; Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), no Rio de Janeiro; e ABNAPI (Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância), em Minas Gerais. (MINAYO, 2006)

A partir da preocupação do Ministério da Saúde com o aumento dos registros de atendimentos aos acidentes, na década de 90, cria-se o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas, que tinha como objetivo a redução da incidência e morbimortalidade por agravos externos, os chamados “acidentes”. Em 1993, o seminário Internacional de Atendimento Pré-Hospitalar às Urgências e Emergências, é realizado pela Coordenação de Emergência e Trauma, onde é debatido e apresentado por profissionais da saúde, que a assistência ao acidente ainda era uma grande preocupação do setor saúde (SOUZA, 2007).

De acordo com Souza (2007) a Conferência Washington realizada em 1993, pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde –

OPAS/OMS, tinha o objetivo de definir a violência na sua historicidade e mapeá-la para que fosse tratada com especificidade dentro do setor saúde.

“No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes participaram ativamente de um forte movimento em prol da cidadania deste grupo, que redundou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (MINAYO, 2006, p. 1262)

A partir do ECA, na década de 90, o debate da cidadania da criança e do adolescente se expande, ganhando cada vez mais visibilidade por meio da luta dos profissionais de saúde. Junto à esse movimento de profissionais da saúde, a Secretaria de Saúde, juntamente com a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, pensando numa perspectiva intersetorial, criaram um plano nacional que contribuía com o enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil, foi expedido em 2002, com o intuito de defender e assegurar direitos da criança e adolescente vítimas dessa violência, através de normas de atendimento e de prevenção à essa violência. (MINAYO, 2006)

A inserção da violência sexual no campo da saúde se deu por iniciativas de várias categorias profissionais. Hoje apresenta um grande avanço, pois há espaço para debate e construção de políticas a respeito da temática. Entretanto, recursos (financeiros, de gestão, Humanos e culturais) investidos na construção da complexa problemática e na busca de soluções adequadas, que precisam ser desenvolvidas em rede (uma construção colaborativa), ainda são muito escassos. (MINAYO, 2006).

2.3 - Atuação do Assistente Social frente à situação de violência sexual contra criança e adolescente

Gabel (1997) destaca que o abuso sexual⁷ é uma das violências que mais se oculta, dentre as outras, pois a vítima na maioria dos casos se recusa a falar por medo. Para o Assistente Social analisar a dinâmica dessa violência é necessário reconhecer as demandas específicas para aprimorar sua intervenção. Para compreender a dinâmica do abuso sexual, faremos uso da análise do abuso sexual e sua revelação, realizada por

⁷ O Código Penal Brasileiro em alguns artigos tipifica o abuso sexual como uma forma de violência sexual para além da penetração. No art. 218, diz respeito da corrupção de menores, que em suma é induzir alguém menor de 14 anos a satisfazer a lascívia de outrem; praticar, na presença de alguém menor de 14 anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer a própria lascívia ou de outrem.

Fahlberg (2001), ela compreende que essa dinâmica é composta por cinco fases: Envolvimento, Interação Sexual, Sigilo, Revelação e Supressão.

A primeira fase, envolvimento, é quando o autor da violência começa a ter um contato mais próximo com a vítima. Na maioria dos casos o autor conhece e tem fácil acesso à vítima, e este buscará a oportunidade certa para iniciar uma aproximação com intenção de interagir com a vítima. O envolvimento voluntário da vítima é instigado pelo perpetrador, que inicia algum comportamento sexual, como uma brincadeira. O autor, adulto, representando uma autoridade sobre a criança ou adolescente, estimula os mesmos a participarem da suposta “brincadeira”. Essa fase do envolvimento é caracterizada como fase da conquista, da parte do autor do abuso, a fase seguinte, é a interação sexual. Nessa fase ocorre de fato a iniciação do ato sexual, por meio de estimulação dos órgãos genitais ou por penetração, e pode durar até anos, pois o que garante a manutenção dessa interação sexual é a próxima fase, o sigilo (FAHLBERG, 2001).

A revelação é a interrupção da fase do sigilo, ela pode acontecer propositalmente ou acidentalmente. Ocorre quando o segredo guardado se revela por meio da vítima ou de terceiros que souberam do ato. Quando a revelação ocorre acidentalmente, significa que nenhum dos envolvidos no ato quis contar, ou seja, é descoberto por outra pessoa (seja através do comportamento da vítima, um estranhamento por parte de alguém da família ou mudanças de hábito repentinamente). Na revelação proposital, o que ocorre é quando a vítima decide contar para alguém o ocorrido, seja por pressão ou até mesmo quando a criança quer compartilhar com alguém a “experiência nova” que ela está tendo. Após revelado o abuso sexual, a dinâmica familiar é alterada (seja um abuso intrafamiliar ou extrafamiliar) pois os familiares não esperavam o ocorrido. Consequentemente o autor se recusará a assumir que praticou o relato, colocando os familiares e responsáveis contra a vítima (FAHLBERG, 2001).

Para o autor, a voz da criança é suprimida e desconsiderada diante dessa situação, culminando na última fase da dinâmica do abuso sexual, a supressão. A pressão da família e do perpetrador sob a vítima faz com que ela se sinta culpada e totalmente responsável pela situação, e como consequência dessa pressão a vítima retira a acusação e desmente o ocorrido. A vítima, nessa fase, é colocada como causadora e motivadora da ação do abusador, e culpada também pela dissensão na família (FAHLBERG, 2001).

Fahlberg (2001) apresenta essa fase assimilando com a fase do sigilo, onde a vítima é retraída, e afirma que: “A fase de supressão pode também ser caracterizada por tentativas de minar a credibilidade da criança. A criança pode ser descrita por outros membros da família como mentirosa” (FAHLBERG, 2001, p.51).

Infelizmente o abuso sofrido pela criança ou adolescente na maioria dos casos não superam a fase do sigilo, sendo assim, o abuso só é descoberto anos depois. Algumas demandas, após identificar essa dinâmica, são analisadas e estudadas pela equipe profissional, a fim de buscar uma capacitação para um atendimento eficaz às vítimas. Após a apresentação dessa dinâmica do abuso sexual, pôde-se perceber que para a intervenção profissional, há uma grande necessidade de reflexão sobre o ocorrido para adotar intervenções adequadas.

O profissional de Serviço Social, ante a esse tipo de violência, terá sua atuação pautada nas leis que dispõem sobre o direito da criança e do adolescente, como a CF, o ECA, o Código de Ética e a Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/93) (MEDEIROS, 2013).

O primeiro passo do Assistente Social, quando chega um caso de violência sexual na instituição, é a escuta, ou como diz Medeiros (2013), a realização da triagem. É quando o profissional de Serviço Social vai identificar a demanda que lhe é apresentada e compreender a busca do serviço pelo usuário. Neste primeiro momento é realizado um acolhimento com a vítima, ou com a família.

É fundamental que o técnico estabeleça uma escuta ativa e sensível, aquela que, no ato do acolhimento da demanda do usuário, provoque a reflexão crítica sobre a mesma, podendo vir a ser redimensionado, ou mesmo, levantando outras. (SOUZA, 2013)

O trabalho do Assistente Social deve ser cauteloso e deve compreender que num primeiro momento a vítima apresentará outras demandas, mesmo não ligadas com a violência sexual, pois a vítima inserida num espaço desconhecido talvez tenha dificuldades para falar sobre o ocorrido. Entender essa complexidade faz com que a demanda apresentada pela vítima, ou família, seja acolhida.

O Código de Ética Profissional do Assistente Social (CFESS, 1993) em seu capítulo 5, dispõe sobre o sigilo profissional. O que merece destaque nesse capítulo, é o art.16 “o sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional”. Este visa a proteção da vítima, ainda no acolhimento, garantindo a privacidade e conservando a questão do Sigilo Profissional.

Medeiros (2013) frisa a necessidade de a atuação profissional estar pautada numa dimensão multidisciplinar⁸ (equipe de diversos profissionais) e interdisciplinar⁹ (o papel de cada profissional), para que o atendimento à vítima seja mais eficaz. Dentro da equipe multiprofissional, o Assistente Social realiza um estudo para compreender a dinâmica da família, compreender as relações sociais da vítima, e para isso a avaliação social é realizada com a família e com a criança ou o adolescente.

O objetivo desta avaliação é verificar a dinâmica social da família em questão, as redes de apoio de que dispõe, composição familiar, fatores que contribuem para o quadro de Abuso Sexual, enfim, toda a teia social da qual esta família faz parte e como isto interfere na manutenção da relação incestogênica e quais as possibilidades de mudança do quadro. (PEREIRA, 2009, p. 28)

Perceber como se dão as relações sociais e intrafamiliares da vítima é fundamental para analisar como se deu a dinâmica da violência, qual o contexto que a vítima está inserida, quem são as pessoas que estão envolvidas. As pessoas mais próximas e a família da vítima também são afetadas pela situação, sair do contexto e da perspectiva autor da agressão – vítima, é preciso para análise do ambiente para compreensão desse fenômeno que afeta o social da vítima (TEIXEIRA, 2001).

No ECA, art. 13 diz:

“Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.” (Redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014)

Um dos meios de proteção social, oferecidas pelo profissional (seja o Assistente Social ou outro profissional da equipe), é oficializar a denúncia, a notificação. Medeiros (2013) compreende essa oficialização e a proteção como: o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos (que alimenta dados epidemiológicos); e a notificação ao Conselho Tutelar, que é obrigatório conforme o art. 13 do ECA. (MEDEIROS, 2013). De acordo com Habigzang *et. al* (2005) a notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência, pois ela produz benefícios

⁸ “A multidisciplinaridade pode ser encontrada quando profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, com grau mínimo de cooperação e troca de informações, coordenados administrativamente no plano institucional. É usual em práticas ambulatoriais convencionais, sendo que a única inter-relação é um sistema de referência e contra-referência.” (NOGUEIRA, 1998, p. 43).

⁹ “A interdisciplinaridade, por sua vez é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos.” (VASCONCELOS, 2008, p.47).

para casos singulares e serve também como instrumento de controle epidemiológico da violência.

Dois instrumentos utilizados pelo Assistente Social, no atendimento à criança ou ao adolescente, vítima de violência sexual, são: o estudo social; e a entrevista. O objetivo do estudo social é analisar a fundo situação ou expressão da questão social, analisar os aspectos sócio-econômicos e culturais que dão base para o surgimento da demanda apresentada. A entrevista permite que o Assistente Social tenha maior compreensão das relações entre os sujeitos e a realidade, proporcionando uma melhor intervenção e facilitando a escuta. O profissional de Serviço Social deve apresentar-se com uma postura ética e não autoritária durante a entrevista, pois assim a vítima se sentirá confortável para falar sobre o ocorrido. A escuta qualificada também é um dos instrumentos utilizados pelo Assistente Social, e é indispensável. Nela a vítima terá o seu momento de ser ouvida e compreendida. O processo da escuta qualificada é de suma importância para que a vítima apresente sua vulnerabilidade sem ser criticada e nem classificada como culpada pela situação. (MEDEIROS, 2013)

Sabe-se que a violência sexual apresenta uma dinâmica complexa, com isso o profissional que trabalhe com essa temática, necessita sempre estar se atualizando e buscando mais conhecimento a respeito da temática, para que assim a intervenção profissional seja mais eficiente e eficaz. (MEDEIROS, 2013)

2.4 Desafios do cotidiano profissional na saúde

Partindo da compreensão de que as necessidades de saúde possuem expressões múltiplas (social, psicológica e biológica) a intervenção no processo de saúde do usuário demanda uma capacitação específica de uma equipe multiprofissional, pois entende-se que nenhum sujeito isolado consegue atender e resolver por completo as questões apresentadas pelos sujeitos, seja individuais ou coletivos (SCHAIRBER et al., 1999).

A profissão do Serviço Social possui particularidades e interpretações diferenciadas do processo saúde-doença. Muitas dessas diferenças geram conflitos que faz com que muitas profissões, não somente o Assistente Social, se isolem corporativamente, em busca pela manutenção de seu espaço e dos projetos que possuem. O Serviço Social é uma profissão mediada por suas relações de poder (polarização entre os interesses expressos pelas classes fundamentais capitalista e

trabalhadora) e possui um caráter ético-político que sobrepõe às intenções pessoais do Assistente Social, a profissão se determina pelos condicionais sócio-históricos no qual estes profissionais estão inseridos. (CASTRO et al., 2011)

A integralidade, um princípio do SUS, é garantida constitucionalmente e na legislação complementar, na Lei 8.080 de 1990. Este princípio tem como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, o que possibilita a articulação de políticas e permite a inserção diferenciada do Assistente Social. Outro princípio do SUS, que aqui cabe ressaltar, também assegurado constitucionalmente, e sendo um eixo organizador do SUS, é a participação popular. Esse princípio contribui para a redução dos mecanismos de cooptação e de clientelismo, que são práticas comuns no contexto da cultura política nacional, que oferta ações de caráter curativo. A participação popular se destaca por estar presente nas práticas do Assistente Social, pois está pautado também no Código de Ética Profissional, no artigo 5º que trata sobre as relações do Assistente Social com os usuários (NOGUEIRA e MIOTO, 2006).

Expressa ainda a face democrática ampla dessa Reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder. Mostra as arenas de definição da agenda governamental, traduzindo uma inquietação com os mecanismos redistributivos contidos nas políticas de saúde, com as formas organizacionais de como redistribuir ou favorecer uma atenção de qualidade para todos os brasileiros (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.9)

De acordo com as autoras, Nogueira e Mioto (2006), a Reforma Sanitária, quando elaborada, se preocupava com a associação entre o meio social e político. Nessa perspectiva, reivindicava uma participação popular afim de quebrar o distanciamento da população na gestão pública e no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade.

Com alguns princípios do SUS apresentados, pode-se dizer que há uma correlação entre a CF/88 e a legislação relativa ao campo da saúde, com o Código de Ética do Assistente Social. Juntos, nessa correlação, buscam incessantemente a ampliação e garantia de direitos quanto aos serviços e ações de saúde para com a população. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006)

“Aspectos éticos não se esgotam na afirmação do compromisso ético-político, é preciso que esse compromisso seja mediado por estratégias concretas articuladas à competência teórica/técnica e à capacidade de objetivá-las praticamente por meio da realização dos direitos sociais” (BARROCO, 2004, p.31)

Entender que o processo saúde doença é um fruto de influência cultural, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência, é tentar compreender o processo como um todo e assim pensar uma forma de abordagem específica. De acordo com Nogueira e Mioto (2006) esse entendimento rompe com a concepção

mecanicista de saúde. Não se pode definir ou compreender as necessidades se não levar em conta que elas são produtos das relações sociais com o meio físico, cultural e social.

Com essa compreensão da totalidade e entendendo as transformações societárias desde o século XX, pode-se inferir que as necessidades de saúde ultrapassam o nível de acesso à serviços e tratamentos médicos. Inicialmente a concepção de saúde no Brasil, tinha um caráter restritivo e um modelo centrado na doença (NOGUEIRA e MIOTO, 2006). A partir de novas perspectivas em relação à saúde, já comentadas neste trabalho, o SUS abrange uma nova concepção de saúde que abre espaço para a construção de um modelo de atenção integral à saúde, que de acordo com Nogueira e Miotto (2006, p. 230) é “pautada em princípios doutrinários jurídico-legais asseguradoras de práticas de saúde que correspondem não às relações de mercado, mas a direitos humanos”.

As práticas profissionais dos Assistentes Sociais, inseridos no campo da saúde, adequam-se conforme as exigências que lhes são colocados em cada período em que o campo da saúde se encontra.

No que concerne o posicionamento do Serviço Social (...) sabe-se que há uma estreita relação entre o Projeto Ético-Político profissional e o de Reforma Sanitária, através da afinidade entre os princípios, aportes e referências teóricas e metodológicas, além da semelhança no momento histórico em que estes Projetos são construídos, ambos no processo de redemocratização da sociedade brasileira nos anos 80 (NOGUEIRA e SARRETA, 2015, p. 7).

Para uma atuação condizente com o Código de Ética da profissão e que alcance a problemática da saúde e o fortalecimento do compromisso com os usuários, se faz necessário seguir os princípios que foram estabelecidos pela Reforma Sanitária (NOGUEIRA e SARRETA, 2015).

De acordo com CFESS (2010), nos cargos de gestão, assessoria e planejamento, onde o Serviço Social possui atribuições e competências, as práticas profissionais são desprezadas e consideradas apenas a um nível de atendimento assistencialista.

“As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversal ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e na Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como competências ou atribuições profissionais” (CFESS, 2010)

Na busca de uma prática coerente, o profissional precisa levar em conta o conceito ampliado de saúde¹⁰, para assim superar a perspectiva biologistica e distanciar-se das práticas paramédicas e da fragmentação do conhecimento, pois trabalhará com o

¹⁰ Art. 3°. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. Lei nº 8. 080/90 de setembro de 1990.

sujeito juntamente com sua perspectiva da totalidade. (NOGUEIRA e SARRETA, 2015)

Para Iamamoto (2001) um dos maiores desafios que o Assistente Social enfrenta no seu cotidiano, é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Em suma a autora (2010) pontua que o Assistente Social precisa ser um profissional propositivo e não somente executivo.

Portanto a principal preocupação do Assistente Social na saúde é a identificação de questões que impedem a efetivação do projeto de Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político. Para Costa (2009) o Assistente Social é inserido, no interior do processo de trabalho em saúde, como um agente de interação entre os níveis do SUS e entre as demais políticas sociais setoriais, sendo assim presume-se que o papel do profissional de Serviço Social é assegurar a integralidade das ações.

No capítulo a seguir, será realizada uma análise da rede de proteção social, pautando quais são as políticas articuladas com o campo da saúde e qual a contribuição do Assistente Social dentro dessa articulação. Também será mapeada a rede de proteção social do Distrito Federal, com o enfoque na área da saúde.

CAPÍTULO 3 – REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NO DF

Já vimos que a violência sexual contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo e que é uma questão de enfrentamento para a área da saúde. A partir do histórico analisado, em relação ao SUS, identificamos que a Intersetorialidade é um princípio básico do Sistema Único e que este princípio tem como pilar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Sendo o profissional do Serviço Social pode ter uma atuação e uma inserção diferenciada no que tange o enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente. A partir do que já foi dito nos capítulos anteriores, foi possível verificar que para a efetivação do PNEVSI, é necessário uma rede articulada para que o atendimento à criança ou o adolescente seja mais amplo e mais eficiente.

Neste capítulo será abordado como se dá a rede de proteção social à criança e ao adolescente aqui no Brasil e a relação com o Serviço Social. Também serão pontuadas algumas políticas de enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente e por fim um mapeamento da rede de políticas públicas do Distrito Federal.

3.1 - Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente

No que se refere aos direitos da criança e do adolescente, já vimos que, no Brasil, essa discussão se iniciou a partir de mobilizações de grupos que reivindicavam um olhar mais crítico tanto do Estado como da sociedade, para as crianças e adolescentes. A Constituição Federal de 1988, com base no que ocorria no cenário mundial (grandes mobilizações em convenções mundiais que desenvolviam uma rede de legislação voltada para a proteção da criança e do adolescente), redireciona a visão dos poderes públicos e da sociedade para a criança e o adolescente (MOTTI e SANTOS, 2009).

A carta constitucional trouxe consigo um artigo que introduziu a Doutrina da Proteção Integral, no Brasil, evidenciando a rede de responsáveis e o conjunto dos direitos da criança e do adolescente, no artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CF, 1988, artigo 227)

Essa rede de responsáveis foi regulamentada em 1990, pelo ECA. Além de regulamentar, o ECA reproduziu esse artigo e incluiu os deveres da comunidade, que é a parte da sociedade mais próxima da criança. Com isso, o artigo 227, da CF, juntamente com o artigo 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente, configura o que se denomina Rede de Proteção Social, e a partir deles pode-se inferir o papel de cada um dos segmentos, que a lei estabelece como dever (MOTTI e SANTOS, 2009).

A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (ECA, 1990, art 86).

De acordo com Motti e Santos (2009) a Rede de Proteção Social no Brasil, foi resultado do processo de mobilização da sociedade, na década de 70, pela plena participação, pela construção de uma cidadania que tem como base a garantia de direitos coletivos e individuais. Essa Rede se caracteriza pela articulação de pessoas, organizações e instituições, que possuem o objetivo de compartilhar causas e projetos de modo igualitário, democrático e solidário baseado na cooperação, na conectividade e na divisão de responsabilidades e competências. Rede de Proteção, em suma, é “uma articulação política, uma aliança estratégica entre atores sociais (pessoas) e forças (instituições), não hierárquica, que tem na horizontalidade das decisões, e no exercício do poder, os princípios norteadores mais importantes.” (MOTTI e SANTOS, 2009, p. 4)

O Sistema Único de Assistência Social – SUAS, possui uma Rede Socioassistencial, que de acordo com a NOB/2005 do SUAS, se conceitua como:

um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade que oferta e opera benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas essas unidades de provisão e proteção social, sob a hierarquia básica e especial e ainda por níveis de complexidade (NOB, 2005, p.22)

Motti e Santos (2009) propõe que o trabalho em rede no enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente é imprescindível e aponta alguns aspectos que possuem grande relevância a cerca desse tema. O primeiro aspecto é que esse fenômeno é de rara complexidade, recorrente no histórico brasileiro que se diversifica e ganha contornos diferentes em cada época, região e cultura. O segundo aspecto é que no que tange a rede de exploração sexual há diferentes níveis de organização, também envolve pedofilia e pornografia infantil. Um aspecto importante é que na ocorrência da violência, os autores envolvidos são diversos, seja no ambiente doméstico (abuso sexual intrafamiliar) ou na exploração sexual comercial (prostituição, tráfico, turismo sexual, pornografia infantojuvenil). Há também o fator de que o atendimento às vítimas exige uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, com o envolvimento das diversas

políticas públicas setoriais e construção de serviços de referência e contrarreferência. Por fim, a complexidade desse fenômeno exige a articulação e a integração efetiva de políticas na perspectiva do PNEVSI.

Na política de enfrentamento à violência sexual infantojuvenil, o trabalho em rede é, em suma, uma articulação de atores sociais, organizações que proporcionam a criação e implementação de ações resolutivas em âmbitos de atuações diferentes.

“Nenhuma organização é o suficiente para responder e implementar ações totalmente resolutivas em seu próprio âmbito de atuação” (MOTTI e SANTOS, 2009, p. 5), cada instituição possui competências e responsabilidades legais, institucionais que são cabíveis a cada uma. Contudo, identifica-se limitações quanto ao enfrentamento, quando não há articulação entre as instituições, pois sabe-se que cada uma contribui especificamente para a resolutividade, para melhor compreensão do fenômeno e para a proteção das vítimas de violência sexual. “Trabalhar em rede é, reconhecer que todos os indivíduos e organizações são dotados de recursos, de capacidades, de possibilidades, e também são possuidores de fragilidades, de carências e de limitações” (MOTTI e SANTOS, 2009, p. 5).

A Rede de Proteção Social se organiza, institucionalmente falando, por meio de diálogo com as organizações, promovendo uma construção coletiva, para que se estabeleça: um trabalho comum; um calendário de reuniões; uma condução democrática que envolva todos; a organização responsável pela Secretaria Executiva da Rede de Proteção Social; registro de eventos e reuniões e encontros; e o levantamento de organizações e instituições governamentais e da sociedade civil para um mapeamento dos serviços ofertados (que está ligada com o enfrentamento da temática) (MOTTI e SANTOS, 2009).

De acordo com os autores Motti e Santos (2009) as redes dispõem de equipes multiprofissionais e interinstitucionais que possuem atuações em diversas áreas. Elas se estruturam a partir de níveis de operacionalização que são: a notificação da violência; o diagnóstico; a intervenção (saúde, social e jurídica); a formação (para o aumento na qualidade do atendimento); pesquisa (para subsidiar o planejamento das ações de intervenção); e a prevenção.

Essa rede de proteção deve estar organizada, composta, por oito categorias para melhor efetividade da mesma. A primeira categoria de organização da rede é a de Atenção Primária, Secundária e/ou Terciária (essa depende do estágio de desenvolvimento da criança, da dinâmica familiar e do tipo de violência). O segundo é a

Referência e Contrarreferência (que remete ao atendimento e encaminhamento para as outras organizações que atuam em áreas específicas, de acordo com a necessidade da vítima era complexidade da violência). Outra categoria da Rede é a proteção Jurídico-Social (este visa a defesa dos direitos da criança e do adolescente, no âmbito jurídico, vítimas de violência sexual). O atendimento também é uma categoria de organização da rede (a este compete à descentralização e a regionalização do atendimento, de forma a possibilitar que as crianças e os adolescentes sejam atendidos o mais próximo possível de suas residências). A proteção imediata, afastamento da situação de violência e a mobilização e articulação também compõem o quadro organizacional da Rede de Proteção. Por fim, não menos importante, a categoria Promoção da Família (proporciona a autonomia e independência crescente da família nas dimensões econômicas, social e cultural) (MOTTI e SANTOS, 2009).

3.2 - Serviço Social e a Rede de Proteção

De acordo com a CF (1998) a Assistência Social é um direito do cidadão e dever do Estado. A partir de 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, é definida como Política de Seguridade Social, e passando a compor o que é hoje o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência Social, com o caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social. O Serviço Social começou a tecer importantes análises sobre as redes sociais, bem como fortalecer a atuação profissional a partir da articulação em rede, como afirma Faleiros (2009, p.53) “as redes sociais (ou de proteção social) são como uma categoria fundamental para fortalecer os sujeitos em sua realidade”.

Em 2005, o Sistema Único de Assistência Social é instituído no Brasil, um sistema descentralizado e participativo, que tem como objetivo gerir o conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social, o SUAS divide a proteção social em dois tipos: proteção social básica e proteção social especial. Em suma, essa proteção social visa ofertar um conjunto de programas, serviços, projetos e benefícios com o objetivo de prevenir, proteger e enfrentar situações de vulnerabilidade e risco, além da promoção e defesa de direitos. As ações que são desenvolvidas buscam articular as transferências de renda com os serviços socioassistenciais na perspectiva de oferecer mais

oportunidades e possibilidades de desenvolvimento na autonomia dos indivíduos, famílias e comunidades.

De acordo com Faleiros (1998, p.1) “as redes não são invenções abstratas, mas partem da articulação de atores/organizações, forças existentes no território, para uma ação conjunta multidimensional, com responsabilidade compartilhada (parceiros) e negociada”. Em suma o trabalho em rede se constitui como uma forma de enfrentamento das expressões da questão social, por meio de políticas sociais que trabalham de forma articulada intra-institucionalmente e intersetorialmente.

A Política Social é uma estrutura que visa a distribuição de riqueza socialmente produzida sob a forma de benefícios, serviços e proteção sem que seja afetada as relações de produção capitalista (FALEIROS, 1998). Com isso, o trabalho em rede possui um objetivo de mobilizar instituições e órgãos públicos e privados com interesses em comum, que se complementam na ação de proteção, na tentativa de amenizar as mazelas da questão social.

De acordo com Yazbeck (1999) o Assistente Social tem um papel mediador no âmbito das políticas ou redes socioassistenciais, através do desenvolvimento de atividades e cumprindo os objetivos que lhe são atribuídos socialmente. O trabalho do profissional de Serviço Social deve visar o fortalecimento da articulação da Rede de Proteção Social, a rede que possui serviços disponíveis para atendimento e acompanhamento, objetivando a consolidação das políticas sociais, para que a vítima seja, de forma eficaz, amparada, não somente no âmbito jurídico, mas em todos os serviços disponíveis que essa rede proporciona. (GUOTTI, OLIVEIRA e SILVA, 2016)

Para efetivação da Rede de Proteção Social o SUAS exige que a rede atenda 3 princípios fundamentais. O primeiro princípio é o da Matricialidade Familiar. A NOB/SUAS (2005) descreve que esse princípio resgata a família como um núcleo social básico de acolhimento, convívio, autonomia, sustentabilidade e protagonismo social. O segundo princípio é o da territorialização, este reconhece que os fatores sociais e econômicos são determinantes na situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social, que exige um modelo fundamentado na descentralização e na intersetorialidade. E o terceiro princípio é a hierarquização dos serviços, este divide a rede por grau de complexidade: Proteção Básica Social; e Proteção Social Especial, Média e Alta Complexidade. (OLIVEIRA, 2012)

3.2.1 Redes da saúde

A violência, como um dos graves problemas de saúde, requer um trabalho em rede, baseado na cooperação entre organizações que por meio da articulação partilham recursos de acordo com a necessidade de cada uma. Na formulação dessas redes presume-se que as decisões sejam adotadas de forma horizontal, orientada pelos princípios de solidariedade, cooperação, democracia e igualdade (BRASIL, 2010).

As redes no campo da saúde são reconhecidas como Rede de Atenção à saúde e é caracterizada como instituições vinculadas entre si, que por meio de um conjunto de serviços de saúde e por meio de uma ação cooperativa, proporciona uma atenção contínua e integral a determinada população, sendo regulada pela atenção primária à saúde (MENDES, 2009).

A violência, como um dos graves problemas de saúde, exige um trabalho em rede, de forma articulada, baseado na solidariedade e cooperação entre organizações que por meio da articulação política negociam e partilham recursos de acordo com os interesses e necessidades. A construção de Redes pressupõe que as decisões sejam adotadas de forma horizontal nos princípios de igualdade, democracia e solidariedade. (BRASIL, 2010)

A rede é um método de trabalho que permite a articulação e formulação de políticas que contribuem para a integralidade da atenção, defesa, proteção e garantia de direitos das crianças e dos adolescentes e suas famílias em situação de violência (MEIRELLES e SILVA, 2007).

Elas são formadas por um complexo de serviços articulados, que atuam desde a atenção primária à saúde até os mais especializados, no intuito de garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população. A rede se fortalece quando os atores das organizações, envolvidos na articulação, compreendem que não é somente uma troca de experiências, mas um enfrentamento de problemas concretos e comuns, cuja a resolução está ao alcance do conjunto articulado (da rede) (BRASIL, 2009).

Em síntese, é necessário que cada município organize e estruture sua rede de saúde articulada com outras redes da esfera pública (sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, e conselhos de direitos), ou privada, ou até mesmo da sociedade civil, para fortalecer e implementar a rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes.

A rede intrasetorial na saúde se refere às especificidades no atendimento em diferentes níveis de atenção em saúde, que requer dos profissionais habilidades e

conhecimentos específicos para a abordagem de cada caso (BRASIL, 2010). Essa rede dialoga com o serviço de saúde disponível no território e são:

- a) Serviços da Atenção Primária à saúde – cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes.
- b) Serviços de Atenção Especializada, Urgência e Emergência – prestar atenção integral conforme protocolos e fluxos estabelecidos, em linha de cuidado, nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnostico, tratamento e cuidados).
- c) Serviços de Saúde Mental – é constituída por diversos dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps); Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi); Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Caps ad); e Saúde Mental na Atenção Básica.

O trabalho da rede intrasetorial pode se dar por meio de uma equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família – ESF, ou por meio de uma equipe mínima de Saúde Mental (BRASIL, 2010).

A rede intersetorial vai além dos serviços de saúde, dialogando com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança publica, entre outras já citadas neste trabalho, a fim de planejarem um atendimento amplo e que atenda a necessidade do usuário da rede (BRASIL, 2010). A seguir alguns equipamentos que compõe essa rede:

- a) Sistema Único de Assistência Social (Suas) – pressupõe uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para a família. Duas organizações são fundamentais no sistema de proteção no Suas: Cras (proteção social básica) e Creas (proteção social especial)
- b) Sistema de Justiça e Direitos Humanos – Criação de varas especializadas e exclusivas para crianças e adolescentes para atuarem na defesa dos direitos infantojuvenis. Prestam serviços através de Delegacias Especializadas e Conselhos Tuelares.
- c) Sistemas de Ensino – um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz. Faz parte desse sistema Centros de Educação Infantil, Escolas de Ensino Fundamental e Médio e Instituições de Ensino Superior.

- d) Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) – Criado para articular as ações federais, estaduais e municipais e do DF na área da segurança pública e da justiça criminal, de forma a integra-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local.
- e) Sociedade Civil Organizada – Se dá por meios de Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente que desempenham um papel importante no processo de formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação de políticas voltadas para esse público.

Estruturar uma linha de atenção integral à saúde da criança e do adolescente é importante para assegurar a proteção social desse público. Isso requer uma ação articulada entre a rede inter e intrassetorial, e não a criação de um novo serviço.

Porém a rede deixa a desejar quando se tratando do autor da violência. Vimos que para compreender este fenômeno é necessário analisar em sua totalidade, o autor da violência também faz parte desse fenômeno. Entretanto, de todas as políticas que aqui foram citadas, somente ao analisar os serviços de saúde mental, pode-se notar uma breve preocupação com o autor da violência sexual, porém ainda é escasso o material visando uma linha de atendimento a esses agentes da violência.

3.3 Políticas de enfrentamento da violência sexual contra a criança e adolescente na saúde

Enfrentar a violência sexual significa lidar com questões complexas que envolve diversos fatores como a moral, ideologia, política, ética, cultura. As medidas que devem ser tomadas, primordialmente, para o enfrentamento dessa forma de violência é promover ações de sensibilização e mobilização para prevenção e defesa de direitos, sobretudo de crianças e adolescentes. Também se faz necessário conversar com crianças e adolescentes alertando sobre riscos da violência no cotidiano. Adotar posturas proativas e debater os assuntos nas escolas, comunidades, famílias, serviços de saúde, entre outros, são importantes para se iniciar políticas de proteção ao público infantojuvenil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A saúde incumbiu-se de um dever social para prevenção, diagnóstico e notificação nos casos de violência a partir de normas estabelecidas pelo ECA. A partir disso, foi criado um espaço privilegiado para a identificação, acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência. As políticas de saúde são

formuladas e implementadas no âmbito do SUS para todas as faixas etárias, mas principalmente para crianças e adolescentes, já que em 2006 esse grupo representava ser 38% da população brasileira (66.415.510). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

As principais políticas para enfrentamento das formas de violência, incluindo a violência sexual, no Brasil são:

- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001).
- Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006).
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – violência sexual e doméstica.
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.
- Notificação de violências contra criança e adolescentes na rede do SUS (portaria nº 1.968/2001).
- Rede Nacional de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (Portaria nº 936/2004).
- Rede Nacional de Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes e Crianças em situação de violência doméstica e sexual.
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- Disque-Denúncia

De acordo com o Ministério da Saúde, as estratégias e ações que pautam a implementação dessas políticas se baseiam em:

- 1) Elaboração de diretrizes, parâmetros, metodologias e orientações voltadas à atenção à saúde, prevenção e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência.
- 2) Elaboração de normas e técnicas específicas voltadas à atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual.
- 3) Realização de campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade sobre o impacto da violência na saúde com ênfase nos fatores de risco e proteção.
- 4) Capacitação a distância sobre os impactos da violência na saúde, além de materiais educativos e informativos sobre a temática.
- 5) Fomento para a estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde organizada no âmbito do SUS.
- 6) Investimentos em pesquisas sobre diversas formas de violência contra crianças, adolescentes e jovens, mulheres e pessoas idosas.

- 7) Construção de indicadores e desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações.
- 8) Articulação com os Ministérios da Justiça, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Cidades, Trabalho e Secretarias Especiais de Direitos Humanos, de Políticas para as Mulheres, Igualdade Racial, entre outros.

Cada estado, município e o Distrito Federal, tratando-se do enfrentamento da violência, tem o papel de organizar as redes para que seja realizado um atendimento integral às vítimas, garantindo o acesso aos serviços de saúde básicos e especializados. Também possuem o papel de qualificar os serviços ofertados às vítimas de violência, com uma equipe multiprofissional e uma abordagem humanizada em prol da redução de danos, além de notificar os casos de violência e orientar a vítima e a família com relação aos direitos da criança e do adolescente.

3.4 Mapeamento das políticas públicas de saúde para o enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes no DF

A Rede de Atenção à criança e ao adolescente do DF, é o conjunto articulado de instituições governamentais e não-governamentais, que operam para efetivação dos direitos da criança e do adolescente. De acordo com a cartilha Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente no Distrito Federal, elaborada pela promotoria de Justiça e Defesa da Infância e da Juventude do Distrito Federal, em 2005, a rede é dividida em quatro grandes eixos que serão detalhados a seguir, com enfoque maior no eixo Executores de Medidas de Proteção à Criança e ao Adolescente, pois é o eixo que está diretamente ligado ao setor saúde, em consonância com um dos objetivos deste trabalho. Os eixos que serão detalhados a seguir apresentarão quais instituições essa rede possui, e qual instância a mesma se encontra, foram coletadas do portal do Ministério Público.

Eixo 1: Operadores do Direito Infantojuvenil

- 1) Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude – PDIJ
- 2) Núcleo de Assistência Jurídica da Vara da Infância e da Juventude
Defensoria Pública
- 3) Vara da Infância e da Juventude – VIJ
- 4) Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente – CDCA

- 5) Conselhos Tutelares (em diversas localidades)
- 6) SOS – Criança
- 7) Delegacias especializadas (DCA, DPCA, DEAM, DISQUE DENÚNCIA)

Eixo 2: Executores de Medidas de Proteção à Criança e ao Adolescente

Unidades de Alta Complexidade (UACs):

- 1) Abrigo Reencontro – ABRIRE
- 2) Albergue Conviver – ALBERCON
- 3) Casa de Passagem Adulto/Idoso – CONVIVER
- 4) Casa de Passagem Adolescente Masculino
- 5) Casa de Passagem Adolescente Feminino
- 6) Cras
- 7) Creas
- 8) Disque-denúncia (100)

Ofertados pela Secretaria de Estado de Saúde:

- 9) Atendimento Médico, Psicológico e Social do Adolescente e Família – ADOLESCENTRO
- 10) Centro de Orientação Medico-Psicopedagógica – COMPP
- 11) Programa de Atenção Integral ao Adolescente – PRAIA
- 12) Saúde Mental Infantojuvenil
- 13) Saúde Mental

Ofertados pela Secretaria de Educação:

- 14) Diretoria das Unidades Regionais

Eixo 3: Executores de Medidas Socioeducativas

- 1) Semiliberdade (em diversas localidades)
- 2) Unidade de Internação

Eixo 4: Outras Instituições/ Outros Serviços

- 1) Promotoria de Justiça Especial Criminal
- 2) Promotoria de Justiça de Defesa da Filiação
- 3) Promotoria de Justiça de Defesa da Educação

- 4) Subsecretária da Criança e do Adolescente da Secretária Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
- 5) Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA
- 6) Conselho dos Direitos da Mulher
- 7) Denúncia de Abuso e Exploração Sexual Infantil

Esses são os eixos que compõem a rede de atenção à saúde infantojuvenil do DF. Os que recebem destaque neste trabalho, são os serviços e instituições ligadas diretamente ao campo da saúde. Dentro da rede, esses programas, serviços e instituições, são executoras de Medidas de Proteção à criança e ao adolescente.

O Adolescente, de acordo com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, presta atendimento individual e em grupo a adolescentes de 10 a 18 anos de idade, nas seguintes modalidades e programas: Programa Biopsicossocial (BPS) – acompanha o crescimento e desenvolvimento de jovens, com ênfase em transtornos mentais; Programa de Atenção a Adolescentes com Vivência de Violência Sexual (AVV) – integra a rede de assistência a pessoas em situação de violência no DF; Assistência e tratamento em psiquiatria e neurologia a adolescentes com demandas específicas; Seguimento de adolescentes já acompanhados no serviço, nas áreas de terapia ocupacional, assistência social, psicologia, nutrição, odontologia e ginecologia. (BRASIL, 2018a)

O Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP) presta atendimento multi e interdisciplinar em saúde mental a crianças e adolescentes do DF e entorno. Atende desde os casos mais leves de sofrimento psíquico até transtornos mentais graves. Possui o acolhimento humanizado, diário, com classificação de risco, realizado por profissionais capacitados e com o objetivo de otimizar o processo de trabalho na unidade e de avaliar a gravidade e a urgência de cada caso para maior resolutividade e agilidade no atendimento. Para além desse atendimento ambulatorial, o centro dispõe de programas/projetos interdisciplinares: TDAH, Dislexia, PAV e GATA; (BRASIL, 2018b)

TDAH (transtorno de *Déficit* de Atenção com Hiperatividade): atende e avalia, de forma interdisciplinar, crianças e adolescentes com o diagnóstico de hiperatividade e *déficit* de atenção; Dislexia: Grupo de apoio ao diagnóstico, adequação escolar e tratamento dos transtornos de leitura/escrita (é o único projeto dentro da SES que

auxilia a SEE/DF na inclusão escolar das crianças e adolescentes com esse transtorno); PAV Programa Jasmin (Programa de Atendimento e Prevenção à Violência): proposto em consonância com o estabelecido pelo ECA, propõe o atendimento, por equipe multidisciplinar, das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social decorrentes de violências físicas, psíquica, sexual . GATA (Grupo de Atendimento aos Transtornos Alimentares): único grupo do DF que presta atendimento à crianças e adolescentes portadores de transtornos alimentares graves. (BRASIL, 2018b)

PRAIA é o programa que é implementado nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, em consonância com Planos Nacionais (específicos para cada programa) que estabelecem eixos estratégicos e de atendimento específico para usuários do sistema de saúde. Aqui no DF, esses programas dispõem de uma rede de disquesaude, para que o atendimento possa ocorrer em toda jurisdição do programa.

O sistema público de saúde do DF é composto por hospitais terciários e secundários (hospitais regionais), pelas Unidades Básicas de Saúde – UBS (centros de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família) e por Unidades Especializadas (BRASIL, 2002).

Através do Decreto 23.812, de 03 de junho de 2003, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Acidentes e Violência – NEPAV, foi criado, por recomendação do Ministério da Saúde, com o objetivo de organizar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do DF. (DECRETO Nº 23.812, 2003) O NEPAV, então, passou a ser o núcleo central coordenador dos programas nas regionais de saúde (Projeto de Fortalecimento da Atenção Integral às pessoas vítimas de violência no Distrito Federal/ NEPAV, 2012).

O que competia ao NEPAV, na época em que havia sido criado, destaca-se a promoção da redução da morbimortalidade por acidentes e violência do DF, a implementação e material educativo e informativo sobre a prevenção de acidentes, bem como a proposta e assessoramento das atividades de capacitação e aperfeiçoamento para o atendimento à criança e ao adolescente. (DECRETO nº 23.812, 2003)

Na mesma época o NEPAV intensificou as capacitações em todas as regionais de saúde, criando Superintendências de Saúde¹¹. Atualmente, existem sete superintendências: (i) Região de Saúde Centro- Norte (Asa Norte, Cruzeiro e Lago

¹¹ De acordo com o decreto nº38.982, de 10 de abril de 2018, as Superintendências de Saúde foram criadas para coordenar as ações nas regiões de saúde do DF.

Norte); (ii) Região de Saúde Centro-Sul (Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e ParkWay); (iii) Região de Saúde Oeste (Ceilândia e Brazlândia); (iv) Região de Saúde Sul (Gama e Santa Maria); (v) Região de Saúde Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas); (vi) Região de Saúde Norte (Planaltina, Sobradinho, Mestre D' Armas e Arapoanga); (vii) Região de Saúde Leste (Paranoá e São Sebastião) (DECRETO nº 37.057,2006).

O NEPAV também coordena a Rede “Flores em Rede”, que é composta por 21 unidades do PAV no DF. Essa Rede oferece serviços, no setor saúde, às mulheres, crianças, adolescentes, homens e idosos em situação de violência. As ações dos PAVs estão pautadas na promoção, vigilância e atendimento às pessoas em situação de violência nas superintendências de saúde.

O Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância em Violência (PAV) possui 21 bases de serviços distribuídas nas regiões administrativas do Distrito Federal. O serviço é ofertado desde as unidades básicas, secundárias e as especializadas percorrendo grande parte do campo da saúde.

Os PAVs é a principal política de enfrentamento, inserida na saúde, frente ao enfrentamento da violência no DF, dando ênfase à violência sexual contra criança e adolescente que é o foco central desse trabalho. A seguir está listado todos os PAVs do DF, e alguns estarão em destaque, pois centralizam mais no público-alvo deste trabalho e na violência sexual.

Listagem do PAVs Distrito Federal				
PAV	Endereço	Email	Tel.	Serviços Oferecidos
HRAN PROGRAMA MARGARIDA	SMHN Area Especial – Asa Norte	Programamargarida.hran@yahoo.com	39013065 32230125	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças e suas famílias - Atendimento individual e grupal a mulheres -Vigilância epidemiológica da violência
COMPP PROGRAMA JASMIN	Quadra 501 Norte, bloco B, Ed. COMPP – Asa Norte	programajasmim.comp@gmail.com	39013062	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias

				<ul style="list-style-type: none"> - Grupo Multifamiliar - Vigilância epidemiológica da violência - atendimento ao autor (adolescente) de violência sexual
HMIB PROGRAMA VIOLETA	SGAS Quadra 608/609 Módulo A – Asa Sul	programavioleta@gmail.com	34457669	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças e suas famílias - Atendimento individual a mulheres - Vigilância epidemiológica da violência - Atendimentos nas Enfermarias, Emergência Pediátrica e Centro Obstétrico
ADOLESCENT RO PROGRAMA CALIANDRA	SGAS – Quadra 605 lote 32/33 Asa Sul	pavcaliandraadolescentro@yahoo.com.br adolescentro.df@gmail.com	34431855 32421447	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de adolescentes - Grupo de pais - Atendimento individual a adolescentes e suas famílias - Atendimento individual a mulheres - Vigilância epidemiológica da violência
HRC PROGRAMA FLOR DE LOTUS	QNM 17 Área Especial n 01 Ceilândia	pavflordelotushrc@gmail.com	33716595 33714458	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Grupo Multifamiliar - Vigilância epidemiológica da violência
HRG PROGRAMA GARDENIA	Área Especial n 01 Setor Central – Gama	pavgama@gmail.com	33859956 36279621 33858389 81264863	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Grupo de pais - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Grupo de mulheres - Grupo Multifamiliar - Vigilância epidemiológica da violência
HRGU PROGRAMA PRIMAVERA	Área Especial QI 06 lote “C” Guará 1	pavprimavera@gmail.com	33531477 33814483	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias

				- Vigilância epidemiológica da violência
HBDF PROGRAMA IPÊ	SMHS – Área Especial – Q. 101		33151320	Vigilância epidemiológica da violência
DRSNB, RF 1 E 2, Cand., Parkway PROGRAMA ALFAZEMA	3º Avenida n 03 Nucleo Bandeirante	programaalfazema@gmail.com	33867902 34867902 34866707	- Acolhimento - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
HRPa PROGRAMA GIRASSOL	Quadra 02 Área Especial Paranoá	pavparanoa@gmail.com	33699899	- Vigilância Epidemiológica da Violência - Atendimentos Individuais e Familiares para Crianças, Adolescentes, Mulheres (Psicologia, Serviço Social e Enfermagem) - Atendimentos Individuais para Idosos e Familiares (Serviço Social e Enfermagem) - Atendimentos em Grupo (Grupo Terapêutico para Adolescentes Vítimas de Violência e Grupo Terapêutico para Mulheres e Famílias em Situação de Violência por Parceiro Íntimo) - Atividades de Promoção e Prevenção à Saúde - Capacitações para Rede de Saúde e Rede Social do Paranoá e Itapoã
HRP PROGRAMA FLOR DE LIS	Via W/L 4 Área Especial – Setor Hospitalar Planaltina	pavplanaltina@gmail.com	33889655	-Atendimento multidisciplinar (Serviço Social, Psicologia, Ginecologia e Enfermagem). São realizados atendimentos individuais e familiares
DSRE PROGRAMA AMARILIS	Q. 102 – Área Especial 1 – Avenida Recanto	pavamarilisrecantodasemas@gmail.com	34345793 33332631	- Vigilância epidemiológica da violência
HRSam PROGRAMA ORQUÍDEA	QS 614 conj. C lotes 01 e 02 Samambaia	pavorquideahrsam@gmail.com	34589891	- Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência

HRSM PROGRAMA FLOR DO CERRADO	Quadra “AC” 102 Conjunto A, B, C e D s/n Santa Maria	pavsantamaria@gmail.com	33926405 33926512 33926555 33926467	- Acolhimento - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
CSSS01 PROGRAMA TULIPA	Quadra 02 Área Especial – São Sebastiao	pavtulipa@gmail.com	33355472	- Vigilância epidemiológica da violência
HRS PROGRAMA SEMRPE VIVA	Quadra 12 Área Especial - Setor Central – Sobradinho	programasempreviva@gmail.com	34879241 33878832	- Acolhimento - Grupo de crianças e adolescentes - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
HRT PROGRAMA AZALEIA	QNC Area Especial n 24 Taguatinga Norte	pavazaleiahrt@gmail.com	33531162 33531159 35632630	- Acolhimento - Atendimento individual a crianças, adolescentes e suas famílias - Vigilância epidemiológica da violência
ISM	EPNB KM 04, Área Especial s/n, Av. Sucupira, Granja do Riacho Fundo – Riacho Fundo 1		33996638	- Vigilância epidemiológica da violência
PROGRAMA ALECRIM		pav.alecrim@gmail.com	32143840	- Atendimento ao autor (adulto) de violência sexual
PIGL – PROGRAMA DE INTERRUPÇÃO O GESTACIONAL PREVISTA EM LEI	SGAS Quadra 608/609 Modulo A – Asa Sul	pigl.hmib@gmail.com	32446953	- Acolhimento e avaliação de casos; - Inclusão em programa de interrupção gestacional nos casos previstos em lei - Grupo de grávidas decorrentes da violência - Encaminhamentos e acompanhamentos junto à VIJ nos casos de adoção

Fonte: MPDFT, 2017

O Assistente Social nos PAV's atua no acolhimento às vítimas de violência, e durante a entrevista elabora o perfil socioeconômico, identificando as demandas sociais trazidas pelo usuário. Essa entrevista não necessariamente necessita ser com a vítima, podendo ser realizada com familiares e/ou colaterais, se necessário. O profissional de

Serviço Social inserido no PAV também buscar orientar sobre os serviços disponíveis nas redes setoriais, tais como: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, Conselho Tutelar, Conselho dos Direitos da Mulher, Fóruns, Instituto de Medicina Legal – IML e Delegacias de Polícia. Preenchimento da Ficha Única de Notificação, realização de visita domiciliar buscando compreender a dinâmica familiar em que a vítima de violência está inserida visando a sua proteção. Realização e envio de relatórios sociais para os órgãos competentes aliados à proteção da vítima, tais como: Conselho Tutelar e Vara da Infância e Juventude nos casos de crianças e adolescentes até 17 anos.

A partir do que foi trabalhado neste capítulo, pôde-se observar que o trabalho em rede é fundamental para o enfrentamento da violência sexual. A rede de atenção que compõe o DF mostra que é uma rede capilar e que deixa a desejar um pouco quando se tratando da rede da saúde. O PAV é um programa que abrange quase toda a região do Distrito Federal, facilitando assim o acesso à criança, ao adolescente e a família. Da listagem acima, podemos observar que somente um PAV, o Programa Alecrim, oferta atendimento ao autor da violência sexual. Contudo, o enfrentamento da violência sexual no Brasil e DF, em relação as redes, esta em processo de construção, onde há uma necessidade de fortalecimento das redes e de capacitação da equipe multiprofissional como já trabalhado no capítulo 2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente produção teve como objetivo geral compreender como o profissional do Serviço Social, inserido no campo da saúde, pode contribuir para o enfrentamento da violência sexual contra criança. Dentre os objetivos específicos estavam identificar a contribuição profissional do Serviço Social diante do enfrentamento da violência sexual contra criança e adolescente; analisar a violência sexual contra criança e adolescente no da saúde; e mapear principais políticas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil nas unidades de saúde do DF. Para alcançar esse objetivos foi realizada uma revisão bibliográfica e uma análise documental que possibilitou a ampliação do campo de análise.

Os direitos referentes a criança e o adolescente são assegurados, mundialmente, pela Convenção dos Direitos Humanos, e no Brasil por meio da Constituição Federal de 1988, bem como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e também por meio de políticas setoriais do governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Sabemos que a CF de 1998, foi determinante no que tange a garantia de direitos da criança e do adolescente. Para fins deste trabalho, o destaque recai sobre o parágrafo 4º do artigo 227, que trata sobre a importância do enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Como já foi citado, esse avanço na carta magna foi resultado de manifestações de alguns setores da sociedade, que reivindicavam uma ação formal do Estado contra a violência sexual.

Pesquisar a respeito da violência sexual contra crianças e adolescentes requer uma visão multifacetada para que percebamos as diversas dimensões que essa questão possui, como por exemplo: dimensão sócio-histórica, cultural, econômica e legislativa. Ter essa visão ampliada, possibilita enxergar as limitações de conceituação, os avanços e limites no que tange a legislação, o atendimento (em especial o Serviço Social) e os principais programas de enfrentamento ante a esse tipo de violência. Vimos que a violência só é reconhecida como parte da agenda de Saúde Pública do Brasil a partir dos anos 90, com o aumento do número de mortes e o impacto gerado na sociedade.

Ainda como grande avanço no que se refere à legislação infantojuvenil, formas cruéis de violência contra crianças e adolescentes ainda são constantes. O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil (2000), faz parte do conjunto de instrumentos de defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes. Esse Plano aponta para a criação, fortalecimento e implementação de ações e metas

articuladas que garantem proteção integral à criança e ao adolescente em situação de risco ou violência sexual.

O Plano Nacional foi um marco importante na trajetória histórica no enfrentamento à violência sexual infantojuvenil, mas de acordo com Fleury (2007) essa problemática ainda está longe de ser superada, pois há fatores que limitam a sua implementação, deixando a política ineficiente. Os principais fatores que limitam a eficácia da política são o fator orçamento público voltado para o trabalho da temática, e o fator estruturas institucionais que são responsáveis pela execução do Plano.

O avanço na perspectiva de enfrentamento ainda se mostra muito fragilizado e sem recursos suficientes para a implementação de uma política integrada e intersetorial, “que considere a criança e o adolescente como sujeitos de direito e não somente como vítimas de violações.” (NASCIMENTO e DESLANDES, 2016, p.1187)

Há necessidade de reflexão da política de enfrentamento, não somente da violência sexual, mas das diversas formas de violência infantojuvenil, para a criação de uma política de promoção de direitos básicos e fundamentais, na tentativa de construir ambientes saudáveis e seguros, preventivos das ameaças e situações de violações de direitos. Porém a lógica político-econômica em que estamos inseridos, baseada no pensamento neoliberal, onde a concentração de riqueza se queda numa pequena parcela da sociedade, trás um efeito de persistência e aumento das desigualdades sociais, da pauperização, ou seja, da reprodução de violação de direitos e criação de ambientes vulneráveis à violência. (NASCIMENTO e DESLANDES, 2016)

Analisando a história de implementação do SUS no sistema brasileiro de saúde, verifica-se que uma de suas grandes conquistas foi o direito de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. De acordo com Nogueira e Mioto (2006) o SUS vem superando grandes entraves do seu processo de implementação, e que esse acesso visado inicialmente, ainda está por se concretizar. A integralidade também compõe o quadro de objetivos do SUS. O governo federal, na tentativa de atender a esse princípio tomou diversas iniciativas com o objetivo de expandir a ação integral, através da criação e expansão de programas, e da capacitação de profissionais, gestoras e conselheiros de saúde. Porém existem grandes desafios, dentro a implementação desse princípio, pois há uma deficiência na articulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde. (NOGUEIRA e MIOTO, 2006)

O problema central da política nacional de saúde é quando se verifica, a partir das questões sociais, a necessidade da intersetorialidade das políticas sociais na garantia da saúde. A atenção básica, por exemplo, possui um baixo grau de resolutividade, porque com o alto número de demandas nos outros níveis de complexidade “que pela sua natureza de alta tecnologia e tipo de financiamento não absorvem os encaminhamentos realizados, criando os conhecidos *gargalos*” (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p.236)

De acordo com Minayo e Souza (1998) lidar com o tema da violência, é lidar com um problema intelectual, mas antes disso é uma questão da práxis sócio-política. Não adentrando no campo da discussão sobre violência, o que as autoras apontam é a importância do diálogo entre a saúde pública e os serviços médicos, a saúde pública com outros setores que complementam o atendimento. Essa ação coletiva, que é a articulação dos setores, demanda uma articulação com a educação, com os serviços sociais, com a justiça, com a segurança pública, com o ministério público, com o poder legislativo e com movimentos sociais.

Historicamente a trajetória do SUS, na sua consolidação, enfrenta desafios diversos, na abordagem da violência sexual contra criança e adolescente, pois não se trata somente de intervir apenas com ações focadas no atendimento imediato, mas sim estabelecer propostas voltadas para a prevenção e acompanhamento, saindo do modelo médico-hegemônico, que centraliza suas ações nas atividades clínica médico curativa individual (COSTA, 2006).

As articulações entre o setor social e as redes de atendimento na saúde são pouco envolvidas nas estratégias de enfrentamento do fenômeno, que torna as redes de proteção frágeis. Verifica-se, então, a consolidação de uma agenda comum para universalizar um modelo eficiente de atendimento intersetorial (PAIXÃO e DESLANDES, 2010)

A partir da análise documental e pesquisa bibliográfica, realizada neste trabalho, pôde-se observar a fragilidade da articulação da rede de proteção de criança e adolescente em situação de violência sexual, bem como limitações e desafios do SUS no atendimento e enfrentamento das situações de violência sexual. O objetivo geral desse trabalho, compreender como o profissional de Serviço Social, no campo da saúde, contribui para a violência sexual infantojuvenil, foi em parte alcançado. Ao término da pesquisa, pôde-se observar um *déficit* de trabalhos, produções e artigos acerca da

intervenção profissional acerca dessa temática. Entretanto, pontos importantes na atuação profissional foram identificados e problematizados no decorrer da pesquisa.

Matos (2013) destaca que os assistentes sociais que atuam na área da saúde, em geral, realizam uma certa análise dos limites e contradições do SUS e da implementação de políticas. Para melhoria da qualidade da atuação nas situações de violência, faz-se necessário realizar uma capacitação dos profissionais de saúde e outros parceiros da Rede de Proteção e responsabilização, nas ações e áreas de prevenção, promoção, atendimento, notificação e encaminhamento interinstitucional e intersetorial. Foi pesquisado sobre a existência de cursos de capacitação para as equipes multiprofissionais, e o que se encontrou a respeito foi a Universidade Aberta do SUS (UMA-SUS), que disponibiliza cursos gratuitos, na modalidade EAD, de aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais que abordam os mais diversos temas na área da saúde. Existem cursos desde a temática da violência sexual (em geral) até a de regulação das redes de atenção à saúde. Seria importante a realização de uma pesquisa de campo que contribuísse para ampliação e melhoria dessa capacitação, já que muitos dos desafios enfrentados pelos profissionais é a falta de capacitação.

Assim como também foi pesquisado sobre atendimentos da rede voltado para os autores da violência sexual, pois no decorrer da pesquisa ao se estudar a temática, é possível ver tamanha área de abrangência das políticas públicas para as vítimas, mas um campo de atendimento bem limitado para os autores. O atendimento integral à vítima é de extrema importância, mas fica a reflexão para se pensar a respeito do enfrentamento. Se há as políticas de enfrentamento, que visam a erradicação da violência sexual contra crianças e adolescentes, porque não se pensar políticas de atendimento ao autor e a partir dos atendimentos elaborar estudos para que se aprimore as políticas de prevenção à criança e ao adolescente.

Este trabalho possibilita a reflexão sobre a violência sexual infantojuvenil enquanto problema de saúde, pontuando fatores sociais envolvidos nesse contexto, e também a reflexão da ação do Serviço Social ante a essa temática. Não há a intenção de encerrar essa discussão, mas sim de promover mais discussões, de cooperar para que os profissionais de Serviço Social possam pensar na intervenção diante de casos de violência sexual, não somente nos casos que já aconteceram, mas também nas situações que podem ser evitados. Devido à limitação tanto de tempo como de documentos, não foi possível uma análise mais profunda acerca do tema, mas se espera ter contribuído de

forma positiva à produção acadêmica sobre o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes.

Conclui-se então que os Assistentes Sociais precisam ser mais reativos, no sentido de serem propositivos, dentro do campo da saúde. A partir desse trabalho pôde-se observar limitações que impedem a efetivação do trabalho profissional, com isso vê-se uma necessidade de luta constante da categoria na defesa da garantia de direitos e da ampliação dos mesmos, assim como também na qualificação, não somente do profissional de serviço social, mas da equipe multiprofissional, para um atendimento qualificado à vítima.

Bibliografia

AGUIAR, A. G. Serviço Social e filosofia: origens a Araxá. 6 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

AMARO, M.P.; ANDRADE, S. M.; GARANHANI, M. L. A Atuação do serviço de saúde e violência sob o olhar de lideranças comunitárias de Londrina (PR). Saúde e sociedade, São Paulo , v. 17, n 3, p. 171-180, 2008.

ARAÚJO, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. Psicologia em Estudo, 7(2), 3-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

BRAGA, José C. S.; PAULA, Sérgio G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Decreto no 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF, 15 jan. 2016. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde do Distrito Federal. ADOLESCENTRO. Brasília, 2018a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/adolescentro/> Acesso em: 22 de outubro de 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde do Distrito Federal. Centro de Orientação Médica Psicopedagógica – COMPP. Brasília, 2018b. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/centro-de-orientacao-medico-psicopedagogica-compp/> Acesso: 22 de outubro de 2018

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: CBIA-SP, 1991.

BRASIL. Portaria MS/GM n 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano Diretor de Regionalização. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, DF, 15 de jul. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME/ Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS: Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília, DF, 2005

BRASIL. Ministério da Justiça. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Criança e Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Infantojuvenil: uma política em movimento: relatório de monitoramento 2003-2004. Brasília, DF, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BLUMENAU. Prefeitura Municipal. Secretária da Saúde. Programa sentinela. Blumenau, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate. In: Saúde e Serviço Social. BRAVO, M. I. S et alli (Orgs). São Paulo: Cortez, 2004.

CASTRO, M. M C.; OLIVEIRA, L. M. L.; STEPHAN-SOUZA, A. I. Trabalho em saúde e formação em serviço: contribuições do Serviço Social para o trabalho coletivo. Revista de APS, v. 4, n. 14, p. 497-501, 2011.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.cressrs.org.br>. Acesso em: 31 de agosto de 2018.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273/93 de 1993. Brasília.

CHAUÍ, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In Cavalcanti, M. L. V. C.; Franchetto, B., & Heilborn, M. L. (Orgs.) Perspectivas Antropológicas da mulher (pp. 25-62). Rio de Janeiro: Zahar.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al.(orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p.304-351.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Projeto de Fortalecimento da Atenção Integral às pessoas em situação de violência no Distrito Federal/NEPAV. 2012.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, A. E. et al. (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4.ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

FAHLBERG, V. (Org). Textos Básicos, apostila da Disciplina “Capacitação para Entrevista de Revelação no Caso de Abuso Sexual”, Depto. De Serviço Social / PUC-Rio, 2001 (mimeo).

FALEIROS, Vicente de Paula. Saber Profissional e Poder Institucional. 9a. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

FALEIROS, V. de P. Redes de Exploração e Abuso Sexual e Redes de Proteção. Brasília, Anais do VIII Congresso Nacional de Assistentes Sociais, Goiânia, 1998.

FALEIROS, Eva T. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de adolescentes. Brasília: Thesaurus, 2000.

FILHO, C. M. (2001). Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. São Paulo em Perspectiva, 15(2), 20-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392001000200004>. Acesso em: 28 ago. 2018.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FURNISS, T. (1993). Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas.

GABEL, M. Algumas observações preliminares. In: GABEL, M. (Org). Crianças vítimas de Abuso Sexual. 2 ed. São Paulo, Summus, 1997.

GUERRA, V. N. A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

HABIGZANG, L. F.; KÖLLER, S. H.; AZEVEDO, G. A.; e MACHADO, P. X. Abuso Sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. Psicologia: teoria e pesquisa, 21 (3), pag. 341-348, 2005.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões Ético-Políticas Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In MOTA, Ana Elizabete (org *et al*) Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. p.161-196.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda Vilella. Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche: Capital Financeiro, Trabalho e Questão Social. 4 ed – São Paulo: Cortez, 2010a.

IAMAMOTO, M. Questão social, família e juventude: desafios do trabalho do assistente social na área sociojurídica. In Política social, família e juventude – uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2010b.

IANNI, Octavio. Karl Marx, In Coleção Grandes Cientistas Sociais, (10). São Paulo: Ática, 1991.

LEAL, M. L. P. A mobilização das ONGs para o enfrentamento da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no Brasil. Tese Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na história do Brasil: 1726-1950. In: História social da infância no Brasil[S.l: s.n.], 2016.

MEDEIROS, Michelle dos Santos. Violência Sexual contra crianças e adolescentes e a intervenção qualificada do Assistente Social. In: Em Debate, n 11, pag 96-112. 2013.

MEIRELLES, Z.V; SILVA, C.A. Redes de apoio à saúde da mulher adolescente/jovem vítima de violência. In: Violência contra a mulher adolescente/Jovem. Stella R.Taquete (org). Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 208p.

MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde: [2009]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf>. Acesso em: 29 de agosto de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. *Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2010.

MINAYO, M. C. S., & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde coletiva*, 4(1), 7-32. 1999.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda de saúde: trajetória histórica. In: *Ciências & Saúde Coletiva*, 11 (Sup): 1259-1267, Rio de Janeiro, 2006.

MINAYO, Maria C. S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MIOTO, Regina Célia; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. SER Social. Brasília.2009

MOTTI, AJA; SANTOS, JV. Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades. 2009. Disponível em: <<http://www.portaldasbrad.org.br>> . Acesso em: 22 agosto de 2018.

MPDFT, Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. Núcleo de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes. NEVESCA. Programas de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/images/SVS/2017/LISTAGEM_DOS_PAVS_PARA_DIVULGACAO_corrigida_23.01.2017.pdf. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

NASCIMENTO, Alexandre Ferreira; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção da agenda pública brasileira de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1171-1191, 2016.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS. 2009. p.01-37.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-político do Serviço Social. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. Capacitação em Serviço Social e Política Social. mod. 1. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

NOGUEIRA NETO, Wanderlino. A convenção Internacional sobre o Direito da Criança e a busca do equilíbrio entre proteção e responsabilização. Sistema de Garantia de Direitos: um caminho para a proteção integral. Recife, 1999.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). Serviço Social e Saúde. Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, 2006.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, F. O.. A inserção do Assistente Social na saúde: desafios atuais. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Minas Gerais, 2015.

OLIVEIRA, R. N. C. A mediação na prática profissional do assistente social. Serviço Social e Sociedade. (26) São Paulo: Cortez 1988.

PAIVA. Leila. Violência Sexual – Conceitos. Apostila do Curso Online Sobre Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, Natal, 2012.

PAIXAO, Ana Cristina Wanderley da; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil. Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 1, p. 114-126, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Sept. 2018.

PEREIRA, P. A. P. Política social: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PINHO, Vilma Aparecida de. Relatório final do Diagnóstico Rápido Participativo: enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em Altamira/PA. Altamira: s/n, 2013. Disponível em: <www.pair.ledes.net>. Acesso em 01 de outubro de 2018.

SANTI, Liliane Nascimento de. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 3, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 out 2018

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. Guia escolar: identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes/ Benedito Rodrigues dos Santos, Rita Ippolito – Seropédica. RJ: EDUR, 2011.

SANTOS, Benedito; TORRES, Abigail; NICODEMOS, Carlos; DESLANDES, Suely. Desenvolvimento de paradigmas de proteção para crianças e adolescentes brasileiros. In: Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente (p. 19-65). / Assis, Simone Gonçalves de (Org.)... [et al.] – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

SCHRAIBER, L. B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Abrasco, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

SILVEIRA, D. T.; CÓDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDDT, T. E. e SILVEIRA, D. T. (org.). *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora de UFRGS, 2009. P. 31 -42.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: Uma análise de integralidade e gênero. *SER Social*, Brasília. 2008

SOUZA, Edinilsa Ramos de. (Org). *Curso Impactos da Violência na Saúde*. EAD/ ENSP, Unidade I – Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde. Rio de Janeiro, 2007.

SOUZA NETO, J. C. De menor a cidadão: filantropia, genocídio, políticas assistenciais. São Paulo, Nuestra América, 1993.

TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Relatório de avaliação e programa: programa combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes . Brasília, DF, 2004.

TEIXEIRA, S. B. S. Reflexões sobre famílias em situação de violência: é possível ajudá-las? In: *O Social em questão*. Revista do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, n 6, ano V, Rio de Janeiro, 2001.

UNICEF. FUNDO AS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. The Yokhama global commitent 2001. Yoloama, 2001.

VASCONCELOS. Eduardo Mourão. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. In: VASCONCELOS. Eduardo Mourão (org). *Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental*. 4ª edição. São Paulo: Cortez. 2008. p. 17-67.

VASCONCELOS, Ana Maria de. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 6.ed. – São Paulo. 2009.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde s partir da educação nos serviços popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M (Org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo. 2011.

YASBEK, M. C., *Classe subalternas e assistência social*. 3a ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ZAGO, Luis Henrique. O método dialético e a análise do real. *Kriterion*, Belo Horizonte , v. 54, n. 127, p. 109-124, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2013000100006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2018.